



Medellín, junio de 2013 AÑO 12 N° 26
ISSN 1657 - 5415

servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Aspectos económicos de la reforma a la salud en Colombia

CONVOCADO POR:

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

BANCO DE LA REPÚBLICA
COLOMBIA

social

Seminario académico

**ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA
REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA**

Contenido

Presentación

1. Bases técnicas de la reforma

Diagnóstico

Modelo propuesto

2. Aspectos macro de la reforma

Implicaciones fiscales del proyecto de reforma a la salud

Diseño institucional y regulación:

¿Cómo recuperar legitimidad?

Mi Plan; ¿Una buena idea nuestra?

3. Aspectos meso y micro de la reforma

Desafíos de la salud pública en la gestión sanitaria

Agenciamiento en el sistema de salud:

situación actual y propuesta

Redes Integradas de Servicios de Salud

4. Discusión y conclusiones

La vigencia del Pacto Social por la Salud en Colombia

Conclusiones sobre los principales

aspectos económicos de la reforma

Observación académica: Kenneth Arrow y la Economía de la Salud

2

3

3

7

9

9

12

15

17

17

19

22

24

27

28

30



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Presentación

El sistema de seguridad social en salud, adoptado en Colombia mediante la Ley 100 de 1993, está sometido a un debate continuo acerca de sus alcances o desarrollos y de la posibilidad de su permanencia en el tiempo. Desde su inicio, se ha mantenido una discusión en la que participan defensores y detractores, en ocasiones sin estar basados en evidencias y más bien sustentados en asuntos ideológicos o en intereses particulares.

Al estar próximos a cumplirse los 20 años de la Ley 100, el país renueva este debate y discute varias propuestas de reforma, entre las cuales se destaca el proyecto de ley ordinaria de origen gubernamental (proyecto 210 de 2013). Dicho proyecto reconoce los logros del sistema pero también las debilidades estructurales que deben enfrentarse y por tanto plantea algunos ajustes que son materia de discusión, los cuales en sí mismos constituyen las principales novedades que se estarían introduciendo en estos 20 años.

Para discutir la reforma propuesta por el gobierno nacional, el GES organizó el seminario “Aspectos económicos de la reforma a la salud”, al cual fueron convocados expertos nacionales de la economía y de las políticas de salud. En el seminario se analizaron aspectos macro de la reforma, tales como el gobierno del sistema, su financiación y el cambio del plan de beneficios del POS a Mi Plan; a la vez, se revisaron algunos aspectos meso y micro tales como el futuro del aseguramiento frente al cambio de empresas promotoras de salud a gestores de servicios de salud, las áreas de gestión y las redes integradas de servicios.

En esta Observación se recogen los principales aspectos de las intervenciones y la discusión final entre los expertos, a quienes se hace expreso un reconocimiento especial por su participación en el seminario y por su colaboración para hacer realidad esta publicación.

Información del seminario y de las memorias**Coordinación general:**

Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Antioquia

Coordinación editorial:

Jairo Humberto Restrepo Zea
María Fernanda Mora Pantoja

Equipo de apoyo:

Olga Zapata Cortés, Camilo Liñán Murillo y Esteban Orozco Ramírez

Colaboradores:

Fernando Ruiz Gómez, MD, MSc.

fruiusco@gmail.com

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Carlos Alberto Medina Durango, PhD.

cmedindu@banrep.gov.co

Subgerente Regional de Estudios Económicos, Banco de la Republica Medellín

Jairo Humberto Restrepo Zea, MSc.

jairoudea@gmail.com

Profesor y Coordinador del GES

Juan Pablo Uribe Restrepo, MD, MSc.

juanpablo.uribe@fsfb.org.co

Director General, Fundación Santa Fe de Bogotá

Juan Eduardo Guerrero Espinel, MD, MSc.

guerrero.espinel@gmail.com

Profesor y Coordinador del Grupo de APS, Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Mauricio Vélez Cadavid, MD.

mvelez@medicarte.com.co

Director General de Medicarte

Diego Fernando Gómez Sánchez, PhD.

dfgs2000@gmail.com

Director de SKapital e investigador del Centro de Estudios en Economía Sistémica (ECSIM)

Sergio Andrés Tobón Ospina, MSc.

sgtobon02@gmail.com

Coordinador del Centro de Pensamiento Social

Moderadores de las sesiones de panel:

Juan Guillermo Barrientos Gómez

juan.barrientos@upb.edu.co

Coordinador, Gerencia en Economía y Finanzas de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana.

Jorge Hugo Barrientos Marín

jbarr.udea@gmail.com

Profesor, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

1. Bases técnicas de la reforma

Fernando Ruiz Gómez

En marzo de 2013, el Gobierno Nacional presentó a consideración del Congreso de la República dos proyectos mediante los cuales propone una ruta hacia un nuevo modelo de salud. El primero, el proyecto de ley estatutaria que se encuentra en revisión en dicha corporación, busca regular el derecho fundamental a la salud en concordancia con las decisiones de la Corte Constitucional. El segundo, el proyecto de ley ordinaria –aprobado en primer debate–, se tramita en las comisiones séptimas de Senado y Cámara y establece los principios, instrumentos y ajustes institucionales para la organización del sistema de salud. Este último proyecto se radicó sin mensaje de urgencia. Con ello, se espera que la iniciativa tenga amplia participación y debate público, por parte de la ciudadanía y de los grupos de interés del sector. El presente texto hace referencia al segundo proyecto de ley (PL 210 de 2013).

El proyecto de ley parte del hecho de que si bien en los últimos 20 años –a partir de la Ley 100 de 1993– se lograron grandes avances en el desarrollo del sistema de salud colombiano, especialmente, en los temas de acceso, equidad y aseguramiento universal, el mismo enfrenta aún grandes desafíos, asociados principalmente con su funcionamiento.

Diagnóstico

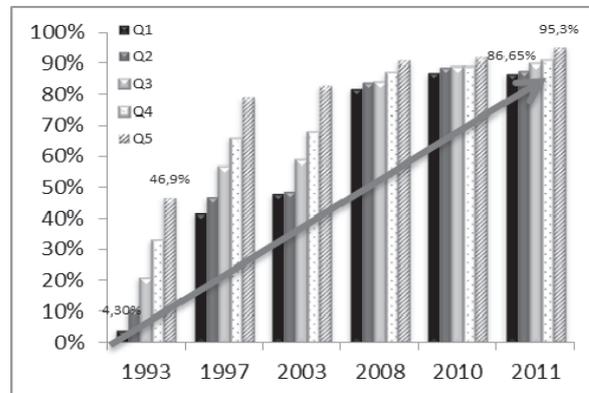
La Ley 100 de 1993 dio lugar a un esquema soportado en una política nacional que ha cumplido buena parte de los objetivos planteados en sus inicios. Sin embargo, el sistema presenta aún grandes limitaciones, particularmente en el desarrollo de las relaciones de los agentes y en las relaciones de carácter microeconómico. Estas últimas, son las que probablemente han llevado a la situación de crisis que ha sido percibida en los últimos años y que se manifiesta principalmente en aspectos financieros y en barreras a los servicios de salud.

El estudio sectorial de salud, dirigido por Francisco Yepes (1990), ilustra algunos avances en el sistema:

en 1990 solo un 46% de la población con necesidad de servicios médicos tenía acceso a estos; el esquema de aseguramiento y seguridad social cubría al 11,7% de la población en el Seguro Social, lo que sumado a las cajas de previsión del sector público alcanzaba una cobertura del 22%. A partir de la reforma de 1993 se da una gran expansión en la cobertura del aseguramiento y también importantes cambios en términos de equidad. De hecho, en 1993 solamente el 4,3% del quintil más pobre de la población tenía aseguramiento, en contraste con el 47% del quintil más rico. Para 2011, dicha brecha se redujo sustancialmente y se registró una total cobertura del 96%, lo que refleja un escenario de cobertura universal (ver gráficas 1.1 y 1.2).

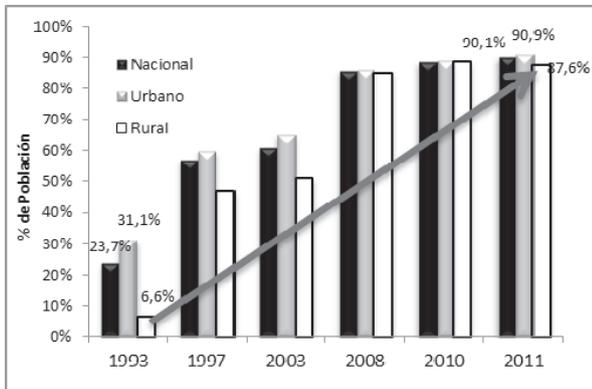
Este avance en la cobertura ofreció una mayor protección financiera a los hogares: mientras en 1995 el 45% del gasto total en salud correspondía a gastos de bolsillo, en 2012 este porcentaje se reduce al 20% aproximadamente. En la actualidad, Colombia es distinguida como uno de los países en donde el gasto privado es relativamente bajo.

Gráfica 1.1. Colombia: cobertura del seguro de salud por quintiles de ingreso (Porcentaje de población de cada quintil, Q), 1993-2011



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, cálculos Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfica 1.2. Colombia: cobertura del seguro de salud (Porcentaje de población nacional, urbana y rural), 1993-2011



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, cálculos Ministerio de Salud y Protección Social.

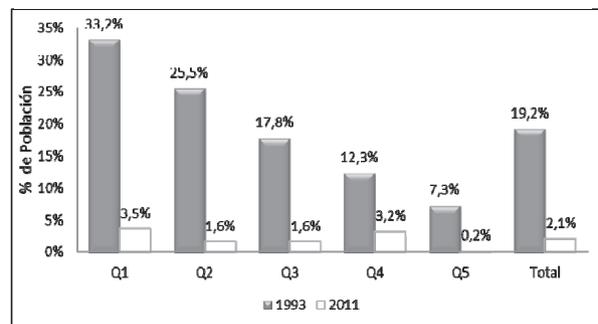
Así mismo, se encuentran avances en el uso de servicios como consulta médica, donde se observa que la no atención en caso de enfermedad pasó de 19,2% en 1993 a 2,1% en 2010. Así como el indicador de cobertura, el acceso a servicios de salud ha mejorado substancialmente en la población más pobre: la no atención de enfermedades se redujo de un 33,2% a un 3,5%, en 2010 en el quintil más pobre (ver gráfica 1.3). Adicionalmente, el indicador de acceso a las consultas preventivas se duplicó entre 1997 y 2010 (ver gráfica 1.4).

En el tema de hospitalización cabe destacar el progreso de Colombia, pues en términos de acceso hospitalario su distribución entre quintiles refleja completa equidad. A esto se suma la alta probabilidad de cumplimiento de metas –en concordancia con los objetivos del milenio– en cuanto a la reducción de la desnutrición crónica y mortalidad infantil y el mayor acceso a parto institucional y a tratamientos con retrovirales.

En cuanto a la incidencia del gasto catastrófico en salud, para 2012, el 2,9% de los hogares colombianos debieron realizar gastos en salud superiores al 25% de su gasto total, una vez descontados los gastos en alimentación. Este gasto catastrófico es uno de los más bajos dentro del grupo de países en los que se ha estudiado dicho tema, como es el caso de México, Chile, Brasil, Costa Rica y Jamaica (banco de datos BM y WHO).

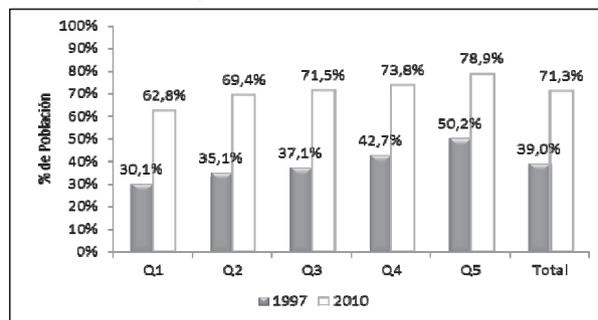
Entre los retos o dificultades aún predominantes, se resalta el problema de mortalidad materna en las zonas más pobres del país, donde aún persisten barreras de acceso efectivo a los servicios de salud. Entre estas zonas se encuentran los antiguos territorios nacionales y toda la costa pacífica.

Gráfica 1.3. Colombia: Porcentaje de no atención de enfermedades según el nivel de ingreso, 1997-2010



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, cálculos Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfica 1.4. Colombia: Porcentaje de consulta de promoción y prevención por nivel de ingreso, 1997-2010



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía en Salud, cálculos Ministerio de Salud y Protección Social.

Además, Colombia está pasando por varios tipos de transición: Una transición demográfica, en la que la población está envejeciendo más rápidamente –esperanza de vida de 76 años– y en consecuencia una carga muy alta de enfermedad; se estima que 18 de estos 76 años están marcados con diferentes tipos de enfermedades, y, por lo tanto, a mediano o largo plazo se tendrá un amplio crecimiento de la demanda sobre los servicios de salud. Una transición económica, con un crecimiento significativo de la clase media que trae consigo mayores expectativas sobre el sistema

de salud. También, una transición epidemiológica, donde las enfermedades crónicas determinan el patrón de enfermedad y el mayor gasto en salud, lo que requiere un conjunto de tecnologías importantes. Por último, una transición nutricional, caracterizada por una población urbana transitando de una condición preponderante de desnutrición a una de obesidad, aunque en las zonas más pobres del país persisten todavía problemas de desnutrición aguda.

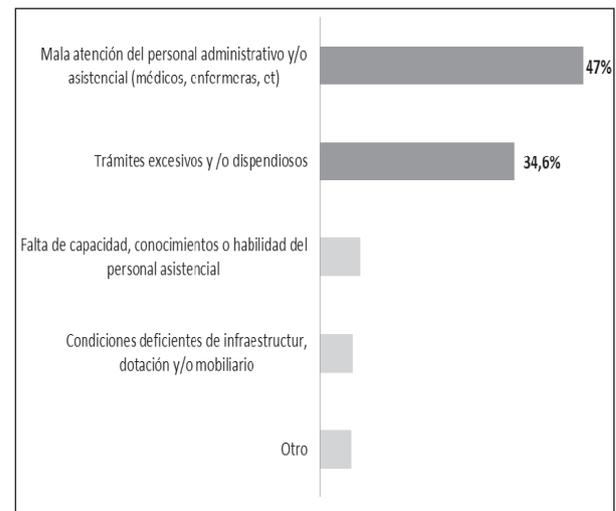
La percepción que tiene la población (gráficas 1.5 y 1.6), también son aspectos críticos del sistema de

salud. Al preguntar la opinión acerca de la oportunidad, integralidad y calidad de los servicios de salud –según la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2012– se observa que el 23% de los colombianos consideran muy largos los tiempos de espera para la asignación de citas; el 20% percibe que la calidad de los servicios no es buena (mala atención del personal administrativo y asistencial, trámites excesivos y dispendiosos, entre otros). En suma, el sistema de salud tiene grandes limitaciones para la resolutivez.

Gráfica 1.5. Colombia: Percepción de la población acerca del aspecto que mejoraría la operación del sistema de salud.



Gráfica 1.6. Colombia: Percepción de la población acerca de cuál es el aspecto que más influye en la calidad del servicio que reciben de su EPS.



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS del Ministerio de Salud y Protección Social 2012

Existen además otros casos importantes que es necesario abordar. Desde el punto de vista de la situación de salud hay ciertos casos realmente vergonzosos. Por ejemplo, es ampliamente sabido a nivel internacional que una resolutivez en cáncer de seno superior a 80 días puede cambiar negativamente el pronóstico de esta condición. Situaciones de esta índole, se dan por una tremenda fragmentación de los servicios de salud y por una incapacidad del sistema para resolver de manera continua, eficiente y eficaz los problemas, en particular de condición crónica. Hay una tendencia a dilatar la atención de los pacientes, lo que pone en evidencia las limitaciones de algunas EPS para garantizar la continuidad de los servicios de salud.

El modelo de aseguramiento colombiano terminó transformándose en un sistema profundamente fragmentado, donde los incentivos de mercado –de crecimiento y penetración– se sobrepusieron a su objeto de limitar los fallos del mercado. Ello generó un sistema profundamente segmentado y concentrado en algunos aseguradores, contrario a lo que se pretendía con el denominado pluralismo estructurado.

Al respecto, cabe mencionar casos estrambóticos como el del departamento del Guainía, en donde el 50% de la población está afiliada a un asegurador con sede principal en el municipio de Ipiales, en el departamento de Nariño. Lo anterior, repercute en ineficiencias en la prestación de servicios. Esta

situación se repite en múltiples zonas del país (Ruiz & Uprimmy, 2012); nos encontramos en un esquema en donde se prioriza la administración de la prima (unidad de pago por capitación –UPC–) y la generación de rentas a partir del manejo de los recursos financieros y no la generación de utilidades a partir de un modelo donde la gestión del riesgo de la salud de las personas sea el pilar fundamental.

De otra parte, el modelo actual de mercado es altamente concentrado: el índice de Hirschman Herfindahl (IHH) para los servicios de salud de alta complejidad es elevado, lo que probablemente refleja una situación de monopolio bilateral o de oligopolio bilateral. Esto explicita las grandes fallas en el mercado de salud, lo que desde el punto de vista de política económica es bastante complejo y requiere que se regule y delimite.

Es por ello que el sistema de salud debe tener la capacidad de ejercer una mejor rectoría. La Ley 100 de 1993 no propone mucho en este sentido. Ésta planteó un esquema de Estado modulador en el que se entiende que los agentes actúan con los incentivos adecuados y el Estado simplemente interviene en situaciones particulares. Infortunadamente, la realidad es otra: después de 20 años, se encuentran zonas del país en donde el modelo de competencia no funciona y, por tanto, es necesario otro tipo de modelo. Un modelo, donde el Estado intervenga directamente a través de entes públicos o de un único ente privado con objetivos muy claros. A su vez, en las áreas donde debería haber competencia, se presentan fenómenos que la desvirtúan y generan condiciones anticompetitivas.

Con referencia a la composición de la inversión pública, a partir de la Encuesta de Calidad de Vida de 2010, se calcula que el 76,1% de los recursos del sistema se gastan en hospitalización; el 10%, en lo que se conoce como medicina general; el 6,2%, en servicios de especialistas, y el 7,6%, en atención odontológica. Esta composición muestra un modelo profundamente descompensado, en donde la mayoría de los problemas se solucionan en los servicios de alta complejidad, lo cual es totalmente ineficiente.

Adicionalmente, afrontamos un problema de cartera hospitalaria. El país acumula un déficit elevado, en el que algunas EPS han probado no tener mecanismos eficientes para reducir sus costos de transacción, pues sus acciones se tornaron en un costo adicional. Se

tiene así una crisis, desde más o menos el año 2005, en la cual se rompe la integralidad de la mancomunación de riesgos (Ruiz & Uprimmy, 2012).

De otro lado, en el planteamiento inicial de la Ley 100 y teniendo en cuenta el estudio de William Hsiao del año 1995 (Harvard, 1996), se afirma que el sistema de salud adoptó el plan de beneficios del seguro social concebido como un plan integral que se ha ido desarticulando en el tiempo. En el año 2005, las fallas en el modelo coadyuvan a que el Estado reconozca una puerta adicional, una puerta siniestra de manejo y mancomunación que da vía libre al sistema de recobros. Esta situación se ha convertido en una forma complementaria de seguro, en la que el asegurador reduce su riesgo significativamente con efectos muy negativos.

En estas condiciones, el asegurador (EPS) deja de tener una función de compra y se constituye como un recobrador adicional. Además, se alinean perjudicialmente los incentivos de algunos de los actores de la industria farmacéutica, médicos, IPS e EPS, y como consecuencia, chocan contra el esquema de financiamiento con unos precios y unos cobros muy elevados, por encima de los niveles internacionales en muchos casos.

Aunque esto se ha reducido con el fortalecimiento de la regulación de precios a partir del 2011, se mantienen factores de inequidad importantes en esos cobros: los beneficios recaen, final y principalmente, sobre la población más rica (quintiles cuatro y cinco), en contraste con la población más pobre, que tiene poco acceso a este modelo de recobros.

El sistema se vuelve así más inequitativo, por la puerta siniestra de los recobros en salud, con incentivos incluso para que el aseguramiento privado recurra al aseguramiento social. Ello se traduce en subsidios al régimen contributivo, especialmente hacia la población más rica; el país se ha inundado de procedimientos donde los incentivos de comercialización de las farmacéuticas han primado sobre la racionalidad del sistema de salud.

Las barreras jurídicas para el acceso a los servicios de salud, los procesos administrativos que dilatan la atención, las situaciones críticas con las EPS, las construcciones indebidas de clínicas por parte de las EPS, constituyen, entre otros, el conjunto de factores

que evidencian un sistema en dificultades. Estos factores, en su conjunto, han desconfigurado el sistema y conllevan al gobierno nacional a repensar cómo reconfigurar o reconstituir el sistema de salud sin que se incurra en pérdidas de bienestar social y buscando conservar los logros obtenidos en los últimos 20 años.

Es complejo sopesar las ganancias sociales en aseguramiento y acceso con las pérdidas sociales en recursos y la discontinuidad en el acceso a servicios de salud. Para generar una reforma con coherencia intrínseca e incentivos alineados de la manera más correctamente posible, las alternativas planteadas son dos: volver a un sistema público unificado o persistir en el modelo de aseguramiento social. Este Ministerio considera que volver a un sistema público unificado es imposible. Por lo anterior, su propuesta apunta a modificar el esquema de incentivos y a fortalecer el aseguramiento social.

Modelo propuesto

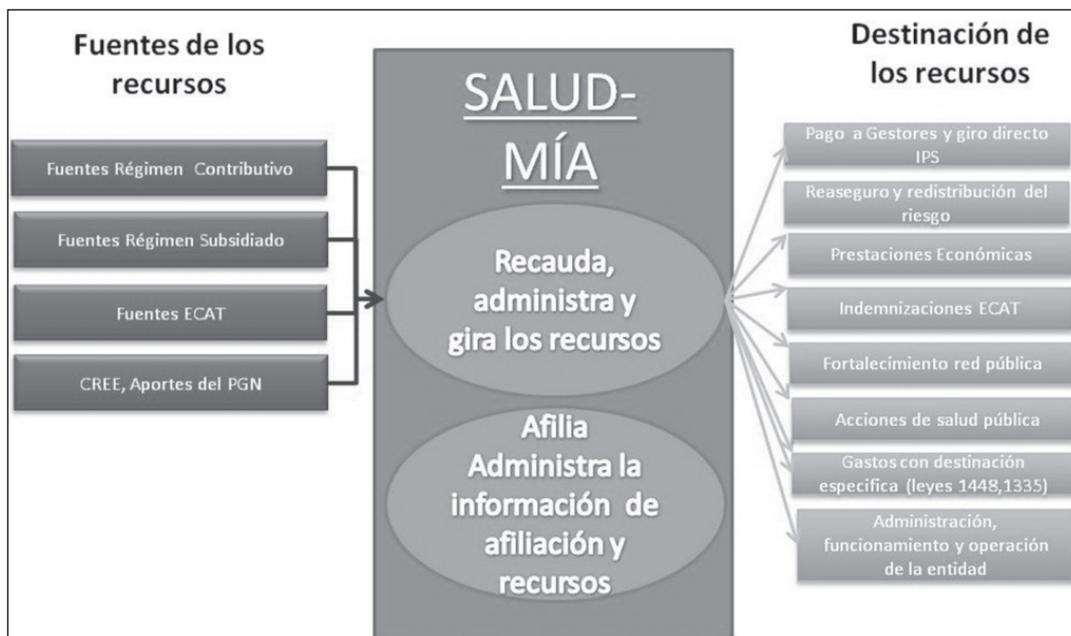
Se propone un modelo fundamentado en la generación de incentivos para lograr un acceso efectivo de la

población a servicios de salud de calidad, con características de transparencia, flexibilidad y solidaridad. Además, un modelo que fortalezca el desarrollo territorial con atenciones diferenciales y bajo un contexto territorializado, controlado y regulado por el Estado.

Los problemas concretos que busca abordar el nuevo modelo se refieren a: reducir las barreras de acceso, garantizar mayor calidad y continuidad en los servicios de salud, imprimirle mayor legitimidad al sistema, recuperar la confianza en este, hacer más transparente el uso de los recursos y mantener los logros alcanzados en cuanto a protección financiera, cobertura y equidad.

El proyecto de ley, en sus diferentes artículos, tiene muchos componentes. Los más importantes son cuatro: el esquema de manejo financiero, el tema del plan de beneficios, los gestores de servicios de salud o aseguradores, y las áreas de gestión sanitaria. Además, se tienen dos componentes adicionales, sobre inspección, vigilancia y control, y el período de transición para la implementación de la reforma.

Gráfica 1.7. Colombia: Financiación del sistema de salud en el escenario de Salud Mía



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Salud Mía. El gobierno propone una entidad pública centralizada que afilie, recaude y gire los recursos. Ello representa un reto, pues va a manejar más de 700 millones de eventos de salud al año, lo que requiere un esfuerzo importante en términos de diseño, manejo y disponibilidad de información. Salud Mía sería un fondo único manejado y controlado por el gobierno, y por tanto consolidaría los diferentes recursos. Es relevante destacar que con la experiencia del Fosyga y de los flujos financieros del sistema actual se han tenido avances, se tiene configurada una afiliación unificada y los giros directos en los últimos años demuestran los beneficios de este manejo centralizado.

En ese sentido, se consolidarían 14 fuentes de recursos del sistema. En resumen, Salud Mía recaudaría, administraría y giraría los recursos y no habría cuentas separadas. Tendría todas las obligaciones que incluyen el pago de aseguramiento, la redistribución del riesgo, la compensación del plan de beneficios, compensaciones económicas, indemnizaciones, un esquema más seguro, la administración y el fortalecimiento de la red pública, gastos con destinación específica y todo lo que tenga que ver con su propia administración.

En cuanto a **Mi Plan**, consiste en un plan integral de los servicios y medicamentos que los médicos puedan formular en condiciones de seguridad, eficacia, calidad y disponibilidad. Este plan de beneficios tendría unas exclusiones, los servicios o medicamentos de naturaleza cosmética, experimental u otro tipo de exclusiones que no tiene que ver directamente con la salud. Basados en el uso terapéutico, se amplía el margen de medicamentos, reduciendo así la necesidad de usar la acción de tutela.

Por su parte, **los gestores de salud** funcionarían en un esquema de aseguramiento con incentivos diferentes a los que tienen actualmente las EPS. Actuarían como compradores de servicios, pero gestionarían el riesgo de la población. Además, estarán adscritos dentro de áreas de gestión sanitaria y no podrían ejercer integración en la alta complejidad, únicamente lo podrían hacer en la baja complejidad, pues su esquema hospitalario no ha funcionado para

controlar y gestionar el riesgo en los niveles básicos. Su remuneración estaría sujeta a los resultados en salud y no solamente en la explicitación del consumo.

Las **Áreas de gestión sanitaria** serían de dos tipos: especiales y regulares. En estas últimas, imperaría un modelo de competencia con dos niveles de prestación de servicios. El primero, un nivel básico, integrado a la gestión del riesgo; el segundo, un nivel hospitalario que funcionaría en un nicho tecnológico mucho más fuerte. En las áreas de gestión sanitaria especial podría autorizarse la presencia de un único gestor, y la prestación de servicios de alta complejidad podría integrarse a un área más grande.

En cuanto a la transición hacia este nuevo modelo de salud, se estima que sea de dos años aproximadamente. Para la transición se contempla un esquema de integración entre el aseguramiento privado y social, con la posibilidad de llevar la UPC al aseguramiento privado. Esto último, con obligaciones muy específicas para los aseguradores privados.

Entre los pasos próximos a seguir están: i) la relegitimación del sistema, aclarando que no hay ninguna intención de restringir la acción de tutela, y ii) un plan de salvamento, pues el Ministerio de Salud y Protección Social deberá continuar con el desarrollo del sistema.

Finalmente, se puede decir que el sistema colombiano se caracteriza por tener grandes obligaciones y muy limitados recursos. Esto, sumado a los grandes intereses expresados en forma recurrente y que han desembocado en procesos de reforma sin éxito, no ha permitido la construcción de un modelo coherente e integrado. Cada uno de los actores se ha concentrado en su interés propio y en necesidades de lucro. En este sentido, el esfuerzo del gobierno nacional es el de explicitar y democratizar este proceso de reforma, con un llamado importante a construir un modelo de convergencia en salud, donde los intereses y las necesidades de los colombianos se integren por encima de los particulares, que en suma, no han permitido a los colombianos gozar de un sistema de salud eficiente y resolutivo ante sus necesidades de salud.

2. Aspectos macro de la reforma

Implicaciones fiscales del proyecto de reforma a la salud

Carlos Alberto Medina Durango

La propuesta de reforma a la salud avanza de manera importante en varias dimensiones. Con Salud Mía, desintermedia recursos evitando de plano que se gasten en activos improductivos, que se pierdan o que se retarde la orden de procedimientos médicos mientras estos recursos rinden réditos. También resulta muy positiva la posibilidad de generar información con Salud Mía. Otro elemento importante es el enfoque de redes y de gestión espacial de la salud con redes de prestación. A continuación se resaltan tres puntos de la reforma: (i) Salud Mía, (ii) la estructura del Sistema de Salud, (iii) potenciales escenarios implicados por la reforma. Finalmente, se mencionarán varios puntos menores.

1. Salud Mía

Salud Mía debería tener tamaño moderado y excelentes sistemas de información que hagan viable manejarla eficientemente. Salud Mía, que tiene un alcance ambicioso, digamos algo parcialmente comparable con lo que fue el Instituto de Seguros Sociales en sus responsabilidades en salud hace 20 años, podría requerir hoy, de unos 5 mil empleados, implicando una nómina de unos \$180 mil millones al año. En cualquier caso, el costo seguramente sería superior a los \$64 mil millones que costaron en 2012 los costos asociados al FOSYGA (ver Tafur, 2013).¹

La entidad podría monitorear aleatoriamente los procedimientos en algunas EPS y premiarlas o castigarlas de acuerdo a los resultados de las inspecciones, tal y como hoy lo hace el Ministerio de Educación con los recursos del Sistema General de Participaciones que gira la Nación a las entidades territoriales.

Aunque su creación tiene que ver con el propósito de hacer más ágil el flujo de recursos dentro del Sistema, la reforma le abre espacios a las entidades territoriales, las cuales tienen el peor desempeño crediticio en el sector. El Cuadro 2.1 muestra que aunque la deuda de las entidades territoriales con las IPS públicas es de baja cuantía, la misma se encuentra en su totalidad en mora. La reforma permite que las entidades territoriales, que de acuerdo al Cuadro 2.1 es el segundo actor con el peor desempeño de cartera, con mora del 84 por ciento, puedan ser gestoras del Régimen Subsidiado, mientras que no aporta estímulos a la participación del sector privado como gestor del Régimen Contributivo, a pesar de tener la más baja cartera en mora.

En la medida en que la reforma: (i) habilita a las entidades territoriales a convertirse en aseguradores del Régimen Subsidiado en sus territorios, (ii) ordena a las gestoras del Régimen Subsidiado a copar la capacidad de la red pública hospitalaria antes de contratar con la privada, (iii) no limita la integración vertical entre gestores e IPS cuando el gestor es una entidad territorial, y (iv) establece que Salud Mía tiene entre sus funciones el giro oportuno de recursos a las entidades que cumplan los requisitos y al fortalecimiento de la red pública hospitalaria; se sigue que la participación de los representantes de gobernadores y alcaldes en Salud Mía resulta sensible, de una forma potencialmente inconveniente, al rumbo que dicha entidad y el mismo Sistema de Salud podrían tomar hacia adelante.

“Salud Mía tiene un alcance ambicioso <...> podría requerir unos 5 mil empleados y una nómina de \$180 mil millones”.

¹ En un escenario de mayor envergadura en funciones de Salud Mía, la entidad también podría adoptar funciones de volumen y complejidad comparables con las de la Unidad Administrativa Especial de Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, cuyo presupuesto de funcionamiento en 2013 es de \$1 Bil. (Ministerio de Hacienda, 2013).

Cuadro 2.1. Colombia: Cartera de las IPS públicas y privadas por tipo de deudor. Junio de 2012

Concepto	CxC No Vencidas	CxC en Mora	Total CxC	%	Mora/Total
Cuentas por cobrar IPS privadas (\$ millones)					
Subsidiado	292.956	1.114.228	1.407.184	19,7	79,2
Contributivo	815.915	1.710.156	2.526.071	35,4	67,7
Entidades Territoriales	-1.968	183.936	181.968	2,6	101,1
Otros Conceptos	1.339.036	1.680.853	3.019.889	42,3	55,7
Total	2.445.939	4.689.172	7.135.111	100	65,7
Participación	34%	66%	100%		
Cuentas por cobrar IPS públicas (\$ millones)					
Subsidiado	303.151	1.983.792	2.286.943	53,7	86,7
Contributivo*	142.141	297.928	440.069	10,3	67,7
Entidades Territoriales**	0	707.919	707.919	16,6	100,0
Otros Conceptos***	364.225	457.200	821.425	19,3	55,7
Total	809.517	3.446.840	4.256.357	100,0	81,0
Participación	19%	81%	100%		
Cuentas por cobrar IPS públicas y privadas (\$ millones)					
Subsidiado	596.107	3.098.020	3.694.128	32,4	83,9
Contributivo	958.056	2.008.083	2.966.140	26,0	67,7
Entidades Territoriales	-1.968	891.855	889.887	7,8	100,2
Otros Conceptos	1.703.261	2.138.053	3.841.314	33,7	55,7
Total	3.255.456	8.136.011	11.391.468	100,0	71,4
Participación	29%	71%	100%		

Fuente: Informe de Cartera IPS Públicas y Privadas a 30 de junio de 2012, Supersalud. * No reportado por informe de la Supersalud, se asume que tasa de mora de Contributivo con IPS públicas es igual al que tiene con IPS privadas. ** No reportado por informe de la Supersalud, se asume q al igual q con las IPS privadas, toda la cartera es vencida. *** No reportado por informe de la Supersalud, se asume misma distribución q en IPS privadas.

2. El funcionamiento del Sistema de Salud

La actual propuesta de reforma no avanza en la igualación de los regímenes Contributivo y Subsidiado: el monto que se reconoce por persona en cada régimen no es el mismo, las contribuciones de los beneficiarios a los dos regímenes y las de sus fuentes de financiación, son diferentes. Tal vez la diferencia más importante, es el requisito que se les impone a las gestoras del Régimen Subsidiado de contratar con las IPS públicas hasta agotar su oferta, antes de contratar con las privadas.

Las razones del Ministerio de Salud para mantener la diferenciación entre los Regímenes son: (i) el costo de las prestaciones económicas, indemnizaciones por enfermedad y maternidad, hoy exclusivos del RC, (ii) el tema fiscal y tributario, en particular, el relativo a la equidad horizontal, ya que habría quienes contribuyan al Sistema 0%, 4%, o 12% de sus ingresos, y (iii) el sostenimiento de las IPS públicas, por lo cual, se opta por ordenar que los gestores del Subsidiado saturen la oferta de servicios de las IPS públicas primero. ¿Por qué entonces la reforma tributaria le quitó al Sistema cerca de \$4 billones al año? El argumento (iii) nada tiene que ver con las distorsiones que hoy existen en el esquema tributario, solo introduce uno adicional.

El Cuadro 2.2 muestra en la columna (1) el número de empleados en el área urbana por tamaño de la firma en la cual trabaja, determinado por su número de empleados. Las firmas de hasta 5 empleados emplean a cerca del 60% de los ocupados del área urbana y recaudan menos del 25% de las contribuciones para salud, mientras que las de 50 empleados y más, emplean algo más del 25% de estos y recaudan cerca del 60% de las contribuciones. Como se observa en el cuadro, en el área urbana el 90% de los empleados en firmas de más de 50 empleados cotizan a salud, mientras que solo el 43% de aquellos en firmas de hasta 50 empleados lo hacen. Esto quiere decir que de requerir mayores recursos, las firmas de más de 50 empleados estarían en condición de volver a pagar las contribuciones de todos sus empleados.

Otra fuente de recursos a considerar sería un reajuste al impuesto al valor agregado –IVA–, el cual podría ser complementado con políticas de reembolso a las poblaciones más pobres, potencialmente con base en el sistema de identificación y selección de beneficiarios de los subsidios y programas públicos, el SISBEN, para atenuar sus efectos regresivos.

Cuadro 2.2. Colombia: Incidencia de las contribuciones a la seguridad social por tamaño de firma. Área Urbana, 2012

Tamaño de Firma (No. Empleados)	Empleados (MII)		Fracción de cotizantes			Monto Anual Contribuido (\$MII)		
	Número (MII)	%	Contributivo o Régimen Especial	Pensiones	Cajas	Contributivo o Régimen Especial (8.5%)	Pensiones (11.625%)	Cajas (4%)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	5,41	33,6	33%	7%	3%	1.311.680	350.946	49.843
2-3	3,01	18,7	37%	9%	5%	799.131	277.949	54.462
4-5	1,10	6,9	44%	19%	13%	427.307	244.579	58.062
6-10	0,87	5,4	59%	35%	27%	575.426	464.153	124.108
11-19	0,54	3,3	73%	56%	48%	472.001	497.115	145.848
20-30	0,47	2,9	82%	69%	54%	429.183	491.977	132.933
31-50	0,40	2,5	89%	78%	65%	425.063	512.857	146.705
51-100	0,45	2,8	91%	84%	75%	581.442	736.463	225.076
101 y más	3,85	23,9	88%	92%	79%	5.933.634	8.446.985	2.521.716
Total Cabeceras	16,09	100	55%	37%	30%	10.954.867	12.023.024	3.458.753

Fuente: GEIH Trim II de 2012, MHCP.

El mandato de que los gestores del Régimen Subsidiado deban hacer toda su contratación con IPS públicas, y que solo una vez se agote la oferta pública disponible en sus jurisdicciones puedan contratar con IPS privadas, tiene entre otros los siguientes efectos: (a) desincentiva la inversión privadas en IPS, pues les resta competitividad al someterlas a condiciones más desfavorables, (b) genera incentivos perversos de sobreinversión en IPS públicas no atados a sus resultados, sino más bien, al tamaño de las gestoras del subsidiado en su jurisdicción, (c) abre la posibilidad para que los departamentos, distritos y ciudades, o asociaciones de éstos, en cuyas jurisdicciones haya más de un millón de habitantes, puedan ser a la vez gestores y propietarios de IPS públicas, quedando a su disposición la opción de incrementar el tamaño de sus IPS públicas de acuerdo al presupuesto del Régimen Subsidiado de su jurisdicción, (d) afecta la rentabilidad de los gestores que en condiciones de libre mercado hubieran escogido contratar con IPS privadas, a la vez que compromete la adecuada gestión de sus resultados, dejándolos condicionados a la calidad de los servicios de salud que las IPS públicas de su jurisdicción ofrezcan, y (e) todo lo anterior limitaría los avances que en calidad y eficiencia pueda tener el Sistema de Salud.

3. Implicaciones de la reforma: algunos escenarios

Un gestor que provea ambos regímenes tendría un desempeño al menos tan bueno en la provisión del RC como en la del RS, por el hecho de no tener restric-

ciones al momento de contratar con IPS. Si el rasero que adopte el gobierno para evaluar el desempeño de los gestores es igual para RC y RS, el RC sería más rentable. Gestores públicos que operen el RS podrían optar por promover la eficiencia de las IPS de su jurisdicción, haciéndolas tan competitivas como las privadas. Este escenario no refleja la realidad actual, ya que de hacerlo, no se requeriría la mencionada restricción de que los gestores del RS contrataran primero con IPS públicas.

Los gestores públicos que no logren promover la eficiencia de sus IPS, continuarían proveyendo el RS a sus beneficiarios en condiciones de ineficiencia, mayores costos y peores resultados en salud. Aun en este caso, y teniendo en cuenta que habría integración vertical y nombramiento directo de sus administradores, las administraciones públicas estarían en condición de cosechar réditos políticos de corto plazo vía burocracia. El gobierno tendría la opción de exigirle a estos gestores mejores resultados, so pena de intervenirlos a ellos o a las IPS públicas de su jurisdicción, lo cual es también una opción hoy, que por no estar siendo ejercida, seguramente en ese escenario tampoco se ejercería.

El gobierno también podría rescatarlos, mediante giros directos a la manera de las tradicionales reestructuraciones hospitalarias o mediante un espíritu similar a lo planteado en la actual reforma: bajando la vara de los estándares de la salud, de manera que aun los hospitales ineficientes reciban una unidad de pago por beneficiario que les permita sobrevivir.

En este caso, gestores del RC y las IPS públicas y privadas más eficientes, tendrían una alta rentabilidad y convivirían en equilibrio con gestores del RS e IPS públicas y privadas más ineficientes, que tendrían sus balances en punto de equilibrio.

Por supuesto, lo malo también puede empeorar: con las entidades territoriales en la Junta de Salud Mía, mientras que a la vez son gestores y operadores de IPS públicas, la oferta de IPS públicas podría crecer al punto de no hacerse sostenible con los recursos del RS, y requerir adicionalmente los del RC bajo una modalidad similar. Esto sería el acta de defunción de IPS privadas, y posteriormente de gestores privados.

Finalmente, “no hay almuerzo gratis”: el gobierno no se está ahorrando nada con la ineficiencia que hoy le genera al Sistema con la restricción de que el RS tenga que agotar la oferta pública antes de contratar con la privada. Esa ineficiencia le cuesta al Sistema un mayor desembolso por beneficiario, las altas utilidades que le generaría el Sistema a los operadores privados eficientes, los costos en resultados en salud a la población, y la pérdida institucional derivada de la competencia desigual entre IPS públicas y privadas. Todo pagado mayoritariamente con presupuesto, el mismo que podría utilizarse para “indemnizar” la ineficiencia mencionada. El obstáculo para evitar estos

costos radica en la economía política que subyace detrás de eliminar la mencionada restricción.

4. Otros aspectos de la reforma

(i) Definición de Mi Plan: Fedesarrollo (2013) anticipa que podría generarse un importante incremento en el gasto en salud. En este tema, el contenido de la ley estatutaria resulta una salida pragmática a un asunto que ha resultado fundamentalmente de potestad de las Cortes, las cuales han fungido de última instancia de la normatividad.

(ii) La igualación de los Regímenes Subsidiado y Contributivo, va a implicar un aumento en el valor efectivamente causado del plan de salud por las reclamaciones que forman parte del No POS, en la medida en que los beneficiarios del Subsidiado, que son más que los del Contributivo y que no los reclaman, irán igualmente solicitando estos servicios.

(iii) La desintermediación de los recursos financieros derivada de la creación de Salud Mía, va a implicar que los gestores no cuenten con los rendimientos financieros con los cuales venían contando. En algún momento se requerirá definir un monto de reajuste de la UPC equivalente a los rendimientos que venían recibiendo.

Diseño institucional y regulación: ¿Cómo recuperar legitimidad?

Desde su creación hace dos décadas, el sistema de seguridad social en salud ha estado sometido a un continuo debate acerca de su desempeño y de su permanencia, si requiere ajustes o si definitivamente debe cambiarse por uno diferente. En todo caso, el sistema ha evolucionado, con logros importantes en materia de cobertura, acceso, equidad y protección financiera, y al mismo tiempo ha enfrentado dificultades en temas de salud pública, acceso efectivo, regulación e información.

Aunque no es fácil determinar el balance neto entre logros y dificultades, lo cierto es que parecen aumentar la insatisfacción y los problemas de calidad y de oportunidad en la prestación de servicios, lo que lleva a reconocer un escenario más bien caótico, marcado por una fuerte tensión entre el sueño macro de la cobertura universal, la financiación pública y la soli-

Jairo Humberto Restrepo Zea

daridad, por una parte, y los problemas desatados por la participación de múltiples agentes con incentivos económicos, sin una clara orientación y sin acciones efectivas en materia de vigilancia y control, por la otra. Es comprensible un sentimiento generalizado de frustración, al que se ha sumado el propio gobierno cuando el ministro de salud ha dicho que “el sistema de salud no estaba suficientemente preparado, y se confió en que los mercados resolverían todo” (El Tiempo, 14 de marzo de 2013). Esto hace recordar las palabras de William Hsiao en el Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud de 2008:

“Colombia está inserta definitivamente en la aplicación de la teoría escrita por el profesor Alan Enthoven de la Universidad de Stanford. En alguna época el entonces ministro Juan

Luis Londoño leyó el libro de Alan sobre la administración gerenciada <managed competition> y pensó que esa teoría y el modelo planteado iban a resolver los problemas del sistema de salud colombiano <...> Colombia fue el primer país del mundo que tomó esta teoría de la competencia administrada como una política de Estado vinculada al sector salud. Ustedes fueron muy valientes en su momento <...> Pero, pongámoslo de otra forma: se sometieron como conejillos de indias en un experimento para el mundo <...> Me parece que se ha logrado mucho, pero el reto es replantear sobre todo la teoría fundamental” (Hsiao, 2010).

Esta revelación del profesor Hsiao pone de presente un reto muy importante, en particular para los economistas. Se trata de establecer la vigencia del modelo de competencia regulada como forma de organización del sistema de salud y como mecanismo para garantizar sus objetivos esenciales. Esto significa tomar las cuatro funciones de dicho modelo (regulación, financiación, aseguramiento y prestación de servicios) y la interacción que se presentan entre los diferentes agentes en el marco de las reglas establecidas por el gobierno, y sugerir ajustes o un cambio total. De hecho, el modelo ha evolucionado de manera espontánea o por la vía de la reglamentación, como puede verse en las modificaciones al organismo regulador y en la oferta de empresas promotoras de salud –EPS–, particularmente en el régimen subsidiado, admitiendo incluso la existencia de monopolios regionales como lo menciona el proyecto de ley del gobierno.

La situación del sistema se hace más compleja debido a la falta de consenso y al poco diálogo constructivo que se ha dado en estos veinte años. Los problemas pueden verse más graves a partir de la percepción, muchas veces sin una buena fundamentación, alimentados por los medios de comunicación y por quienes van a la caza de buscarle la caída al sistema; pero además, las fortalezas y los logros no son siempre reconocidos en parte porque no se ha hecho una buena labor pedagógica y una conversación franca que permita evaluar los resultados y las posibilidades con una misma métrica.

Entre las premisas que requiere este debate, producto de la revisión de la historia, se encuentra en primer

lugar la necesidad de renovar la discusión sobre la seguridad social y la tradición que ha tenido el país en esta materia. Es preocupante ver cómo se borra la imagen del sistema integral de seguridad social, de modo que los temas de salud, de pensiones y de riesgos profesionales son ya cuestiones completamente independientes.

En segundo lugar, los hechos que en particular se han dado en los últimos cinco años, expresados por ejemplo en la Sentencia T-760, en la Emergencia Social de 2010 o en la Ley 1438 de 2011, los continuos pronunciamientos de organizaciones sociales y diversas manifestaciones de agremiaciones y de organismos de control, ponen en evidencia lo que sucede en todo el mundo y que en Colombia está en un punto crítico: la brecha creciente entre lo que la medicina es capaz de hacer y la población desea recibir, y lo que es económicamente factible. Esto advierte la urgencia de acordar mecanismos de asignación prioritaria que partan de reconocer límites justos en la provisión de servicios financiados con recursos públicos (Gutiérrez y Urrutia, 2012). Valga decir, el proyecto de ley se queda corto ante estas dos premisas que en sí mismas constituyen retos para el futuro de los colombianos. Por ello, la importancia de admitir que así una reforma sea necesaria ésta no puede ser urgente, más aún cuando se espera que la implementación de la Ley 1438 ayude a mejorar la situación.

En términos generales, el proyecto del gobierno parece ir en la dirección de procurar un nuevo balance en la mezcla público-privado, con un mayor protagonismo del Estado en aspectos como el recaudo, la administración y el pago de recursos, la afiliación de la población y la territorialidad del sistema y de las políticas de salud. El proyecto también plantea una nueva mezcla de actores, sus roles y relaciones, de modo que promete desplazar el centro de gravedad desde las EPS hacia el fondo único, y desde aquellas hacia los prestadores. Adicionalmente, reconociendo las dificultades de la intermediación y los problemas de acceso a los servicios, el proyecto promete superar las barreras de acceso e integrar la salud pública como parte del sistema. Este es un buen punto de partida para acercar visiones extremas y buscar acuerdos.

Aunque en el proyecto se reconocen problemas de legitimidad, y se mencionan entre sus propósitos la recuperación de la capacidad de rectoría del gobierno

(que no del Estado), en realidad es poco lo que se propone y no se abordan aspectos relevantes como la forma de gobernar o de dirigir el sistema y de dar participación a los diferentes actores. Sorprende que de manera más bien forzada se asuma, como parte de una mejor rectoría, la designación de gerentes de hospitales públicos mediante libre nombramiento y remoción por alcaldes o gobernadores.

Es importante tener presente que en los dos últimos años el sistema ha perdido memoria, inteligencia y capacidad de solucionar conflictos internos, lo cual se ha visto agudizado por las modificaciones introducidas a la manera como se hace la regulación. La eliminación del Consejo Nacional y de la Comisión de Regulación (la CRES), y la concentración de poderes en el Ministerio de Salud, han borrado los espacios formales para expresar las diferencias e inconformidades y para desarrollar la regulación con más autonomía (ver cuadro 2.3).

Así las cosas, con los antecedentes que se tienen y dadas las necesidades del país, la ley requiere de un capítulo especial sobre gobernanza, como expresión clara y concreta de querer remediar la falta de legitimidad y de confianza que predomina en el sistema,

además de recuperar la forma de gobierno que ha tenido la seguridad social en el país. No es admisible, por ejemplo, que al sustituir al Fosyga por Salud-Mía, con un presupuesto cercano a \$30 billones, su junta directiva esté conformada sólo y exclusivamente por dos ministros y otro representante del presidente. Es necesario establecer un organismo colegiado de concertación y una junta directiva que represente a los actores del sistema, además de los consejos de salud en los entes territoriales y de otros aspectos orientados al buen gobierno del sistema y a poner freno a la corrupción.

Se abre así una ventana de oportunidades para alcanzar un acuerdo que pueda dar lugar a una síntesis entre visiones extremas sobre la seguridad social que quieren los colombianos y se proyecte al futuro un sistema más legítimo y estable. Sin embargo, para llegar a un ideal como este es necesario detallar uno a uno los temas propuestos y resolver si se trata de redefinir el sistema o de crear uno nuevo. Conviene también enmarcar la discusión en la tradición que ha tenido en el país en materia de seguridad social y articularla con el asunto de las pensiones, pues ambos temas son parte de un sistema integral.

Cuadro 2.3. Colombia: Organismos de dirección y regulación de la seguridad social en Colombia (conformación)

Consejo Directivo del ISS (vigente en 1992)	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (1994-2010)	Comisión de Regulación en Salud –CRES– (2009-2012)
9 miembros con voz y voto,: <ul style="list-style-type: none"> • Mintrabajo, Minsalud y Minhacienda. • Dos representantes de los empleados. • Dos representantes de los trabajadores. • Dos representantes del Presidente de la República. 	14 miembros con voz y voto: <ul style="list-style-type: none"> • Mintrabajo, Minsalud y Minhacienda. • Dos representantes de empleadores. • Dos representantes de los trabajadores • Dos representantes de entidades territoriales. • Representante legal del ISS. • Un representante de las EPS distintas al ISS. • Un representante de las IPS. • Un representante de los profesionales de salud. • Un representante de asociaciones de usuarios. <i>Índice de autonomía: 0,15</i>	7 miembros con voz y voto: <ul style="list-style-type: none"> • Minsalud y Minhacienda • Cinco expertos designados por períodos de tres años, con dedicación exclusiva a la comisión. <i>Índice de autonomía: 0,48</i>

Fuente: GES (2007) y Restrepo, Herrera y Tobón (2008).

NOTA: El índice de autonomía se refiere al índice de Gilardi para definir autonomía e independencia de la banca central, adaptado también a agencias regulatorias. Cero significa ausencia plena de autonomía, uno significa autonomía plena. En Colombia, el índice para la Junta del Banco de la República ha sido estimado en 0,76, y para la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG) en 0,6 (GES, 2007).

Mi Plan; ¿Una buena idea nuestra?

Juan Pablo Uribe Restrepo

Introducción: ¿De dónde venimos?

No es conveniente analizar una propuesta para un plan de beneficios en salud (en este caso “Mi Plan”, incluida en el proyecto de Ley Ordinaria presentada por el Gobierno Nacional en días pasados) sin mirar el contexto de la reforma planteada y del sector mismo. Por eso, y más en el caso colombiano, es importante preguntarse: ¿de dónde venimos y hacia dónde vamos?

En mi concepto, venimos de 20 años de implementación de un entonces (y aún) novedoso modelo de competencia regulada en salud que nadie más ha imitado. En su desafortunada implementación, este sistema, estructurado a partir de la Ley 100 de 1993, no fue ni regulado ni realmente de competencia, especialmente entre los mal llamados aseguradores (o EPS). Su evolución ha sido atropellada, sin norte claro, con una constante erosión y deformación de sus principios. Por ende, no debe sorprender que haya llevado a la construcción de una realidad que contrasta crudamente con su visión original.

Nuestra manifiesta imposibilidad como país para ejercer efectiva y continua rectoría sobre él fue agravada por su absurda y creciente complejidad normativa, sus infinitos procesos transaccionales, las limitaciones nunca subsanadas en materia de capacidades y de instrumentos requeridos (por ejemplo, cálculos actuariales y sistemas de información) y la consolidación de una preocupante nueva “economía política”, compuesta por poderosos grupos de interés hoy envueltos en el debate político pero siempre opuestos a verdaderas reformas.

No obstante valiosos logros en materia de cobertura de aseguramiento y en protección financiera, que deben ser preservados para beneficio de los hogares más vulnerables, el sistema obligatorio de salud en Colombia atraviesa por una profunda crisis, real e incremental. Crisis que ha tocado prácticamente todas las dimensiones centrales en el desempeño del sector salud: el acceso y la calidad de los servicios, la salud pública, el talento humano, la distribución de la oferta y los insumos, los flujos financieros, la confianza entre

actores y, por supuesto, su credibilidad y legitimidad públicas. Esta afectación, masiva e inocultable en el Régimen Subsidiado, también progresa en el Régimen Contributivo, hoy repleto de deudas, desequilibrios y escepticismo.

En este contexto, una mirada detenida al tema central de esta charla –el plan de beneficios– muestra una situación no menos preocupante. En 1993, Colombia optó por un Plan Obligatorio de Salud (POS) compuesto por una lista positiva de procedimientos, medicamentos e insumos médico-quirúrgicos; un POS inherentemente complejo y, además, pobremente definido en su aspiración de política sanitaria, en sus contenidos y límites, y en sus mecanismos de actualización. Con el paso del tiempo, el POS se volvió un elemento para presionar por más recursos atados a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), también pobremente calculada año a año. Males necesarios ambos (el POS y la UPC) dentro de la lógica de un complejo sistema de aseguramiento individual.

Lo anterior se agravó con el arrastre de una explícita e impresentable inequidad social al diferenciar (de manera regresiva) los contenidos del POS para el Régimen Subsidiado frente a los del Contributivo. Se sumaron interpretaciones discrecionales por parte de actores que buscaban excedentes de corto plazo en un sistema que premia las barreras de acceso, la no atención y la no calidad. Siguió el estallido de cientos de miles de tutelas (la mayor parte de ellas frente a beneficios y servicios que estaban en el POS), el crecimiento exponencial de recobros por servicios y procedimientos No POS (en especial, en el Régimen Contributivo) y, finalmente, el necesario pronunciamiento de la Corte Constitucional (Sentencia T-760 de 2008) en procura de dar claridad social sobre un maltrecho derecho a la salud.

En síntesis, la propuesta de “Mi Plan”, en consideración en la actual reforma a la salud, emerge en medio de una profunda crisis sectorial en la cual la garantía de un plan de beneficios explícito para todos los colombianos no ha sido posible.

Lo propuesto en la reforma

Si es complicado entender de dónde venimos en salud, puede resultar aún más difícil responder para dónde vamos. No es sencillo explicar la reforma propuesta por el Gobierno Nacional: su redacción es confusa, la semántica no ayuda y su frágil diseño encierra inconsistencias en términos y estructura. En gran medida, se lee más reactiva ante la crisis actual y sus actores que propositiva frente al anhelo de los ciudadanos de un futuro saludable.

En la propuesta de Ley Ordinaria hay cambios positivos. Entre estos se destacan la centralización de la afiliación y del recaudo financiero en un fondo único nacional (“Salud Mía”), el reconocimiento a la diversidad del país y, por ende, al requerimiento de políticas diferenciales, la búsqueda de integralidad y de continuidad en la atención y, central para esta presentación, el cambio en el plan obligatorio de beneficios.

No obstante lo anterior, la propuesta de reforma sorprende al mantener gran parte de los elementos que explican la crisis actual. En especial, el arrastre del conflictivo rol de las EPS ahora llamadas “gestoras”, el facilismo para la apropiación de dineros públicos (vía un inaceptable concepto de ejecución de los recursos), la obstinada insistencia en la no separación de funciones manteniendo la integración vertical que tanto daño ha generado, la concentración de funciones e intereses en terceros (los gestores) que reforzará posiciones dominantes, la fragmentación de la salud pública y, en general, la apuesta por un sistema complejo y excesivamente transaccional, que nuevamente anticipo no seremos capaces de desarrollar con equilibrio.

En el nuevo plan de beneficios (“Mi Plan”) se destaca como positivo la inclusión de todas las patologías, algo adecuado socialmente y que evita caer en tecnicismos puros no sostenibles (como fue el caso en Óregon, EEUU). A lo anterior se suma la correcta definición de servicios y tecnologías a cubrir, más manejable acá que en listados positivos. Las exclusiones son, en general, las obvias (cosméticas o suntuarias, no propias de la atención en salud, no avaladas o demostradas en seguridad y eficacia, etc.) y se hace referencia al proceso de definición de dichas exclusiones con criterios correctos como la priorización técnica, participativa y transparente. Estos dos últimos criterios son, en mi concepto, más importantes que el primero y será fundamental garantizarlos.

Algunas consideraciones relevantes para fortalecer la propuesta de “Mi Plan” incluyen garantizar que cubra elementos centrales para la rehabilitación de los pacientes, evitar dejar por fuera los cuidados paliativos y articular su evolución con el trabajo del recién creado Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS).

Mirando hacia adelante

Algunas reflexiones finales de cara al futuro. En cuanto al plan de beneficios, será de gran valor buscar migrar del término individualista de “Mi Plan” a un nuevo concepto sectorial y social: “Nuestro Plan”. La participación y la transparencia en la construcción de una cultura de uso responsable y racional del derecho a la salud son centrales al mismo y determinantes de su sostenibilidad futura. [En gran medida, lo mismo le pasa a la reforma: debe pasar de ser la idea de unos pocos a convertirse en una construcción con legitimidad social y transparencia pública.]

Pero el principal reto del sector salud colombiano no ha estado ni está en la definición de su plan de beneficios. El reto del país está en entender la verdadera naturaleza de su crisis en salud y, por ende, lograr definir hacia dónde quiere avanzar en sus esfuerzos de reforma. Discrepo con las aparentes motivaciones que parecen soportar la reforma planteada y explicarían sus acentos (e.g. el conflictivo rol de los gestores y su concentración de funciones, la improvisada introducción de pagos atados a desempeño, la imposición de redes, la estructuración de los incentivos económicos, etc.). El problema del sistema de salud colombiano no es (aún) un problema de explosión y control del gasto fiscal, ni de tuteladas y jueces abusivos, ni de hospitales y clínicas monopólicas, como algunos lo han querido mostrar.

Por el contrario, es un problema de falta de aspiración de largo plazo, sectorial y de foco y de alineación en su razón de ser: servir al paciente, a su familia y a la población en general. Es un problema de pobre inversión y desarrollo de la salud pública; de falta de equilibrio entre actores necesarios para mejorar resultados en salud; de ausencia de inversión en su talento humano y en las capacidades organizacionales que requeriremos mañana para garantizar su mejoramiento y sostenibilidad; de vacíos en materia de rectoría e instrumentos de gestión pública; de falta de transparencia y de rendición de cuentas. En últimas,

de imposibilidad de garantizar acceso a servicios dignos y de calidad, que nos permitan trabajar día a día con legitimidad y respaldo.

La crisis actual es una crisis del sistema. No necesariamente del sistema que propuso la Ley 100, que no es el sistema que existe hoy, si no de aquel sistema que a golpes, presiones y errores se

construyó en estos últimos veinte años. Por esto, la respuesta a la crisis actual debe ser una reforma sistémica, coherente entre sus partes y conducente en el corto y largo plazos a un mejor futuro. Lo hasta ahora planteado por el Gobierno Nacional para consideración en el debate legislativo difícilmente responderá a este reto.

3. Aspectos meso y micro de la reforma

Desafíos de la salud pública en la gestión sanitaria

Juan Eduardo Guerrero Espinel

Teniendo en cuenta el contexto y la realidad actual del país, se pueden plantear como relevantes diez desafíos que tiene la salud pública en materia de gestión sanitaria:

Primero, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en sus informes para las Américas, afirma que la cobertura de seguridad social y salud para Colombia es alta y que el acceso a los servicios en salud es limitado, en especial para las poblaciones más vulnerables y en algunos departamentos, particularmente en el litoral pacífico. Hay muchas fallas de proceso en la atención y cada entidad promotora diseña su propia red de prestadores según condiciones de mercado, provocando con esto que los usuarios tengan que desplazarse largas distancias y pagar gastos de transporte. El señor ministro ha reconocido que el mercado no ha funcionado en esas zonas, por lo tanto el Estado tiene que intervenir.

Segundo, es válido hacer una centralización del fondo único, pero también es válido afirmar que los recursos financieros deben seguir a la población y sus necesidades y no a los agentes económicos. Se debe cambiar la lógica, y por ende los recursos financieros deben desconcentrarse hacia los territorios de acuerdo a criterios técnicos para que con los recursos departamentales y municipales se conforme un fondo descentralizado suficiente para atender las necesidades de la población. Si Colombia basa su Sistema General de Seguridad Social en Salud en la descentralización, la democracia y la participación, podría ser diferente.

Tercero, En cuanto a la concentración de los recursos en las grandes ciudades, se puede decir que el sistema ha favorecido al sector privado, el cual creció con clínicas de alta especialización y a la vez esta

tendencia indujo a un mayor gasto por el mayor uso de tecnología, afirmación compartida por las actuales autoridades.

Si esto es cierto y esa es la hipótesis, entonces, es necesario revertir el modelo para hacerlo más equitativo, con mayor acceso. Ahora bien, es importante aclarar por qué el Ministerio, con su propuesta de ley, tiene la intención de crear unas áreas de gestión sanitaria. ¿Con que intencionalidad se crean otras fronteras sanitarias diferentes a las actuales políticas administrativas? Los únicos que se beneficiarían con esta propuesta serían las nuevas gestoras o EPS aprobadas a nivel nacional. Es cierto que la propuesta de ley crea una excepcionalidad y propone que algunos departamentos tengan régimen especial y posiblemente los departamentos podrían hacer gestión sanitaria y aseguramiento para la administración de los recursos en salud. Entonces, hay que distinguir qué es lo que se va a hacer, si se aprueban unas áreas de gestión sanitaria amplias o se favorece la gestión territorial con la división política administrativa que permita la acción de sus autoridades en relación con otros actores públicos y privados para un mayor control social.

Cuarto, es necesario pensar la gestión sanitaria como la acción de administrar para cumplir una meta del gobierno, en nuestro caso para lograr metas sanitarias en un camino dirigido al cuidado de la salud integral, en sus aspectos promocionales, curativos y preventivos, a través de redes de instituciones públicas, mixtas o privadas. La gestión sanitaria debería incluir la administración de los centros y espacios para cuidar la salud y la vida, no solo la enfermedad y el dolor, y brindar acceso y atención oportuna. ¿Qué se quiere decir con

esto? El diagnóstico está claro, el sistema de seguridad social en salud se concentró en la enfermedad, en la alta tecnología, está capturado por los especialistas y por los servicios que generan mayor rentabilidad y costos. Todos saben que la gente está siendo tardíamente atendida. Las únicas puertas de entrada al sistema son las urgencias y no hay otras opciones.

Quinto, la gestión sanitaria incluye estrategias nacionales e internacionales. Es necesario proponer estrategias innovadoras, algo así como "innovación social para el cuidado integral de la salud y la vida". No se puede seguir con gestores que sólo son autorizadores de un pago o auditores de un sistema prestador de servicios o para cuidar más excedentes o ganancias.

La gestión sanitaria planifica, tiene estrategias como la atención primaria en salud o acciones de regulación. El ministro de salud ha aprobado recientemente la norma sobre los medicamentos y todos tienen claro la evidencia de que en Colombia la industria farmacéutica indujo más excedentes, más gasto público, más tutelas y por lo tanto hay que regularlas. Se requiere un Estado fuerte, sin mucha burocracia, que sea capaz de decidir y que tenga libertad para cumplir con su deber.

La gestión sanitaria incluye el rol de abogacía para que otros sectores actúen diligentemente sobre los factores y determinantes sociales. La apreciación del ministro de salud referente a que los determinantes sociales no se deben incluir porque puede traer problemas, es una equivocación. La OMS plantea que el sector salud hace abogacía sobre los determinantes sociales. Un buen ejemplo: actuar en forma conjunta sobre los accidentes de tránsito o sobre la violencia intrafamiliar y otras formas de violencia o las enfermedades crónicas no transmisibles.

La gestión sanitaria incorpora estrategias propias del sector basadas en atención primaria integral. Lo dice la Ley 1438 de 2011. Cabe resaltar una experiencia interesante en Barranquilla con la IPS universitaria, la cual ha sido capaz de romper barreras de acceso dando mayor apertura a los servicios para la población con medidas como los caminantes y los centros periféricos, y hoy le devuelve dinero a las instituciones para que se invierta más presupuesto en infraestructura. Entonces, no hay que tener la idea de tener que trabar los servicios, dar órdenes administrativas para que la gente no acuda a los servicios; por el contrario, hay que abrir las puertas y los servicios a la población.

Sexto, la gestión sanitaria, junto con los académicos, puede contribuir con el proceso de gestión del conocimiento utilizando nuevas tecnologías. Se debe romper esa barrera entre la especialización y los servicios básicos. En Brasil, en la conferencia de telemedicina, se planteó un sistema de salud que usa la planificación y la tecnología para evitar riesgos y reducir costos cuando los especialistas apoyan el nivel básico con telemedicina. No se puede seguir tolerando en Colombia, un mercado cerrado de especialistas, un oligopolio, es importante realizar una inversión de recursos humanos en las universidades para cambiar lo que está sucediendo. Los especialistas tienen ahogado el sistema en asociación indirecta con las transnacionales del negocio de la salud.

Séptimo, ¿Cuáles son las funciones de la gestión sanitaria? Es necesario una nueva oportunidad con relación a lo que está pasando para hacer una gestión integrada de la salud pública y clínica. Es interesante escuchar la epidemiología junto a las finanzas, porque desafortunadamente los economistas no saben de la otra parte y los salubristas no saben de las finanzas, pero tiene que haber un espacio que permita ese tipo de acuerdos para hacer una gestión de planificación integral ligada a resultados sanitarios.

Si se acepta que existen unas agencias, la ley debería permitir que cada territorio defina su estrategia, como lo ha hecho Antioquia con su EPS mixta. Se pueden tener agentes territoriales que serían los intermediarios, con una función pública desde lo público y sin la ilusión de las ganancias o excedentes financieros.

Es posible tener gestión sanitaria con entes territoriales o con agentes públicos, mixtos, o privados, con incentivos para el resultado sin ganancias ni excedentes. Hay otras formas de incentivo para lograr los resultados sanitarios que se han trabajado en otros países.

Octavo, se deben leer las propuestas de ley del gobierno y de la sociedad civil. Los dos tienen elementos importantes que pueden servir en la armonía para la gestión sanitaria con reglas de juego claras en la relación público-privada.

Noveno, la gran dificultad que tiene la propuesta de la ley ordinaria es que da una función a los gestores que son administradores para los servicios básicos y supuestamente aseguradores para los servicios de especialistas, entonces, con esas funciones, y además con la posibilidad de excedentes financieros, se genera

toda una complicación de lo que se quiere cambiar. Si los mercados no han funcionado, si el "pluralismo estructurado" no ha funcionado, ¿por qué insistir en ese mecanismo? ¿Por qué no generar gestores que trabajen con incentivos diferentes a los que se les paga hoy? Que trabajen con principios, valores, ética y metas sanitarias para cuidar la salud y la vida. Es importante ser creativos y defender el trabajo digno y los resultados. Se debe Trabajar por entes o agentes sanitarios públicos, mixtos o privados descentralizados, lo que significa que cada departamento forme sus propios gestores y que decida la asamblea departamental, los concejos municipales y la propia población cuál es el camino que quieren, como ha ocurrido en Antioquía. Debe haber control social territorial y más transparencia.

Es importante reconocer en el nivel nacional su función de autoridad y rectoría, pero hay que darle capacidad a los departamentos. Este sistema no tuvo gobernabilidad, quedó encerrado en las paredes del Ministerio de Salud y las EPS dominaron el juego.

Décimo, revisando la propuesta de la ley de la "ANSA" pertinente a este tema, se puede afirmar que la gestión sanitaria es un tema esencial en la seguridad social en salud para cumplir sus objetivos y que el legislador puede dar opciones descentralizadas y diversas para que los territorios decidan su mejor camino guiados por principios, valores y resultados sanitarios sin perseguir lucro o ganancias económicas privadas.

Agenciamiento en el sistema de salud: situación actual y propuesta*

Mauricio Vélez Cadavid

Desde 1991, el debate sobre la salud se ha dado en Colombia en diversos aspectos y en el proceso de construcción de consenso se ha evidenciado la importancia de la salud en la sociedad, así que no puede relegarse su estudio únicamente a los tecnócratas. En ese sentido, debe haber un pacto entre los tres poderes para hacer una clara marcación en los puntos sobre los cuales debe darse el debate y definir el núcleo esencial del derecho a la salud. A partir de allí, todos como sociedad podemos participar en la construcción de una ley ordinaria sobre salud, por lo que en el escenario actual parece ser estéril discutir una ley sin haber discutido los alcances de la salud en nuestra sociedad.

La propuesta del gobierno pretende redefinir el sistema, así que es menester saber si las cosas van bien o van mal, pero las posiciones tan polarizadas de los actores constituyen un impedimento para ello (Ver gráfica 3.1). Así que con dificultades para la consecución de consensos y sin una definición clara sobre el núcleo esencial del derecho de salud, este debate puede tener más sombras que luces en su camino. Además, pese a la loable intención de la ley, de "lograr el mejor estado de salud posible de la población", ella se queda corta en objetivos de mediano y largo plazo para alcanzar un funcionamiento estable del sistema,

no garantiza estabilidad financiera y no menciona un objetivo tan importante como la protección financiera.

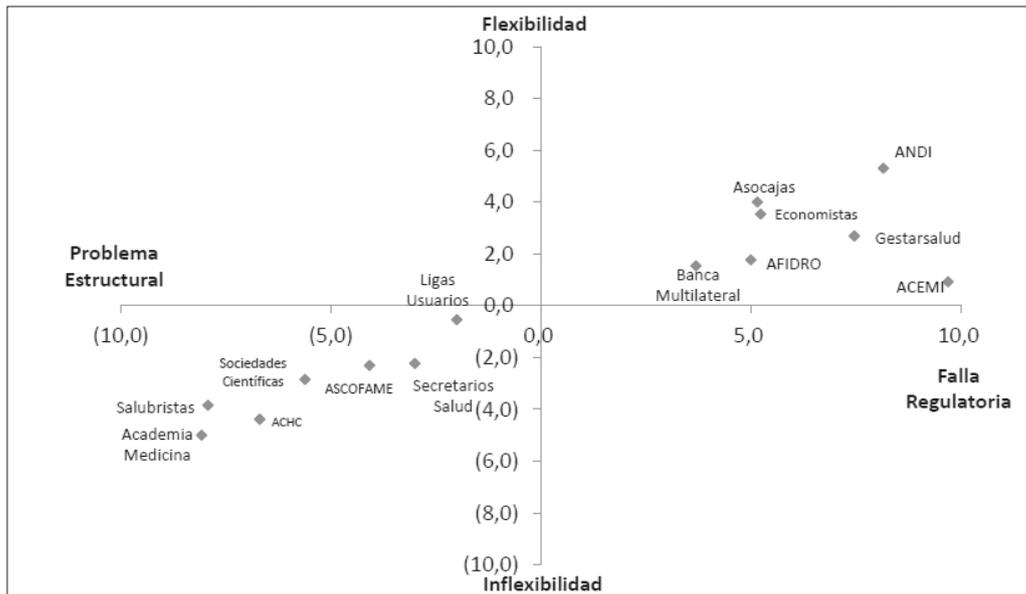
Mi Plan

El diseño de Mi Plan es un factor crítico de éxito y significa más que un listado de coberturas, implica el cómo funcionará el sistema e induce el comportamiento de los diferentes agentes. En ese sentido, persisten errores de diseño como la subrogación, la portabilidad, el coaseguro y la complementariedad. Es necesario hacer un mejor uso de herramientas de la microeconomía para lograr tal éxito y verificar las posibilidades reales de Mi Plan, pues la propuesta del gobierno resulta inflacionaria en la medida en que da a entender una ampliación de los planes de beneficios y por tanto del gasto en salud.

Para lograr mayor estabilidad financiera se debe dar un debate sobre las formas de llevar a cabo los tratamientos, por ejemplo si las intervenciones que sin ser superfluas contienen en su realización algunos sobrecostos para lograr mayor estética, o las enfermedades de alto costo que requieren de tratamientos de por vida. Además, para que Mi Plan sea financieramente sostenible se requiere hacer prospectiva sobre la transición demográfica, en particular la mayor proporción de la población más adulta.

* Este texto corresponde a la transcripción de la intervención, complementada con las diapositivas que empleó el autor y las notas de los editores.

Gráfica 3.1. Colombia: Percepción cruzada de posiciones de los agentes del sistema (Stakeholders 2012)



Fuente: F. Ruiz, Uprimny M., Amaya L. (2012). Rectoría, fallos de mercado, competencia por rentas y grupos de interés en el Sistema de Salud en Colombia. Cendex - Asocajas.

Gestores de servicios e integración vertical

En la propuesta del gobierno se mantiene la diferencia entre el régimen contributivo y el subsidiado, así como los regímenes de excepción, cuando debería tenerse un régimen unificado y admitir solamente como régimen de excepción el de las fuerzas militares. Por otra parte, se permite que personas del mismo grupo familiar pertenezcan a diferentes gestores de salud, a diferencia de la ley actual que la afiliación a la misma EPS.

En cuanto a la integración vertical, más que prohibirla es necesario un análisis de contexto para saber cuándo estas formas de integración pueden generar un beneficio y ver las diferentes modalidades de contratos que se forman al interior del sistema de salud y que pueden entenderse como una forma de integración; por ejemplo, un médico que trabaja en una clínica y a la vez es accionista. Además, como los entes territoriales pueden convertirse en gestores, a estos no se les puede poner tan fácilmente restricciones sobre la integración vertical y pueden presentarse problemas de riesgo moral a la hora de establecer apropiadamente los incentivos.

El pago a los gestores tendría tres componentes fundamentales: por administración, que sería un valor percápita para la prestación de servicios mediante

una prima ajustada por riesgo, y un componente de solidaridad en el caso de tener sobrecostos al atender un paciente. Dicha prima se paga mediante un valor mensual y uno reservado que se entrega por resultados. Los excedentes financieros de los gestores quedan en un fondo, y solo cuando supere un tope se puede hacer extracción de ellos.

A diferencia del modelo actual, los gestores se enfocarían en gestión y no en las labores de afiliación ni de recaudo, lo que aparentemente es bueno pues sus incentivos dejan de ser financieros, pero aún así surge la duda sobre cuáles serían los incentivos de los gestores para lograr calidad y resultados en salud.

La creación de un sistema regionalizado y de áreas especiales permite a los gestores en zonas localizadas encargarse de la prestación de los servicios de salud de manera unificada, de tal forma que sus objetivos sean la salud de las personas y no indicadores de tipo financiero o económico, esto permite tener mejor control sobre la prestación del servicio.

El cambio de EPS a Gestores no es una evolución simple. Aunque se mantienen ciertas funciones de agencias, se hacen unas reestructuraciones de fondo y nace una nueva figura en la que pueden no existir los incentivos suficientes para que inversionistas institucionales sean gestores, de tal forma que pueden

quedar atrapados en la informalidad. Estos gestores tendrán mucho poder pues serán quienes direccionen la demanda y la oferta del servicio. Entre las alternativas para las EPS estarían entonces: convertirse en gestores, transformarse en redes prestadoras de servicios o enfocarse en planes complementarios. Ahora bien, en este proceso deben establecerse ciertas condiciones para la adaptación al nuevo modelo; por ejemplo, condicionar un “paz y salvo” sobre lo actual, permitir una transición de dos años para comenzar con las cuentas claras, poner en funcionamiento el fondo de garantías para la compra y la cesión de cartera, y consolidar la financiación mixta del sistema mediante impuestos generales y cotizaciones.

Gestores: ¿aseguradoras o empresas de servicios?

La pregunta que nos hacemos es si estamos frente a unas aseguradoras o a empresas de servicios públicos. En la Ley 100, las EPS son aseguradoras pero son percibidas como empresas de servicios públicos y dejan la desazón de asumir roles en el sistema que no eran la prioridad de acuerdo con lo que se les adjudicó.

Para hacer un debate coherente, si queremos migrar a un sistema de aseguramiento social, la propuesta como tal no es un modelo de aseguramiento, las gestoras no son aseguradoras y como tal lo que se pretende no es asegurar sino proteger, así que tenemos más bien un modelo de protección social. Tenemos el qué pero falta el cómo.

Conclusiones (ver cuadro 3.1)

Es necesario que el sistema cuente con actores que cumplan la función de agencia, entendida como organizaciones articuladoras de servicios de salud que gestionen el riesgo en salud y financiero de grupos de afiliados, que conozcan su estado de salud, que

caractericen y gestionen variables epidemiológicas, y que actúen como compradores informados en representación de los afiliados, como mínimo, con las siguientes funciones:

- Facilitar el acceso a servicios preventivos y a tratamientos tempranos.
- Construir redes de médicos, hospitales y otros profesionales e instituciones para mejorar la prestación de los servicios de salud.
- Usar datos para analizar los procesos y resultados de los tratamientos.
- Desarrollar y comunicar guías para un efectivo y eficiente servicio.
- Acompañar a los pacientes y sus familias a encontrar el tratamiento disponible más apropiado.
- Jugar un rol de coordinador entre la compleja e intrincada red de prestadores, pagadores y pacientes para mejorar la comunicación y la continuidad de la atención.
- Buscar el mejoramiento continuo de la calidad.
- Hacer Managed Care mediante gestión contractual con prestadores, gestión de patrones de práctica, educación y entrenamiento a pacientes, y evaluación de resultados y monitoreo de información.

Aunque se quiere construir un sistema de salud conducido por la demanda, no es claro el concepto y más bien se construye un modelo desde la oferta. Estamos frente a una propuesta de reforma pragmática que es incompleta e insuficiente para resolver las necesidades en salud de los colombianos y que se queda corta para redefinir el sistema, pues se da prioridad a las exigencias mediáticas y se pretende resolver lo más urgente. Finalmente, llama la atención que muchas de las propuestas planteadas no requieren Ley y se podrían hacer vía reglamentación.

Cuadro 3.1. Balance sobre la propuesta de reforma

Lo malo	Lo bueno
<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene los dos regímenes y los de excepción • ET podrán ser juez y parte • Plan de beneficios muy inflacionario • No corrige errores de fondo en el diseño del aseguramiento (caso subrogación y portabilidad) • Agencias articuladoras (Gestores) sin gestión financiera y sin incentivos claros. Desincentiva inversionistas institucionales y atrae a individuales. • Fondo único público pagador. • No incluye todos los asuntos relevantes del sistema; por ejemplo talento humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación de precios de servicios y tecnologías • Regionalización y áreas de gestión especiales. • Se migra abordaje de salud pública a Gestión de Riesgos: identificación, caracterización e intervención. • Fortalecimiento de inspección, vigilancia y control • Enfoca a Gestoras en la gestión del riesgo en salud. • Pago por desempeño y resultado a todos los actores. • Mecanismos de ajuste de riesgo ex ante y ex post. • Fondo único que afilie y recaude.

Redes Integradas de Servicios de Salud:

Una aproximación sistémica de la salud. Análisis de flujo de continuo

Diego Fernando Gómez Sánchez

Hoy se presenta para Colombia una oportunidad importante de reflexionar y avanzar sobre su sistema de salud a partir del optimismo percibido en el proyecto de ley que lo redefine Sistema. No obstante, cabe preguntarse si es necesario enfrentarse a una Ley que propone un cambio radical en el modelo de salud, cuando se han obtenido logros en cuanto a cobertura, protección financiera y reducción de las barreras de acceso, y donde los problemas que particularmente se quieren atacar (calidad, oportunidad en el servicio y en los pagos y continuidad) son errores evidentes de desajustes en la regulación, el control y la gestión del Sistema.

Por ello, es el momento indicado de reforzar y de seguir en la construcción de un sistema de salud robusto, pero en esta ocasión, se debe proponer un sistema inmerso en la concepción de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con el fin de sanar la profunda fragmentación que se padece, especialmente en los mecanismos de regulación, control y planeación del sistema, y mejorar su eficiencia global. Tales desafíos deben ser el motivo de fondo de la reforma y de los cuales se hará un acercamiento a partir de un análisis continuo del sistema basado en RISS desde la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y desde la concepción de Organizaciones de Mintzberg.

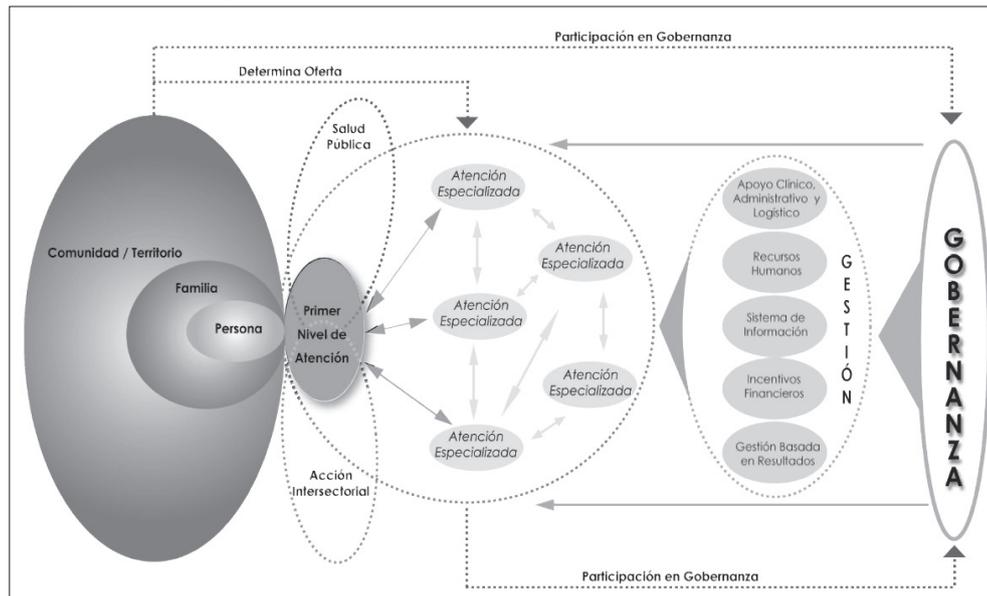
En primera instancia, se deben entender las RISS no sólo como un modelo asistencial (aunque su fundamento sea la Atención Primaria en Salud), sino como toda la integralidad del sistema. Si esto se toma en cuenta, el modelo asistencial podrá reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. Además, las RISS tienden a mejorar el nivel de ajuste entre los recursos del sistema y las necesidades de salud de la población a través de un mejor balance entre especialistas y generalistas. En términos

financieros, las redes integradas se desempeñan mejor en cuanto a márgenes operacionales totales, flujos de caja e ingresos totales netos.

En la actualidad existe gran variedad de contextos de los Sistemas de Salud, por lo que es difícil encontrar un único diseño de modelo organizacional de RISS, no obstante la OPS indica cuáles son los atributos esenciales (Figura 1) para su adecuado funcionamiento. La OPS hace énfasis en puntos como la gobernanza, la gestión y la asignación e incentivos del sistema, los cuales están en niveles superiores del modelo asistencial para su determinación, planeación y control. Esto es crucial en la determinación y creación de RISS, y se observa la necesidad de ello cuando por ejemplo se colapsa la red de urgencias de Bogotá, en donde no se planifican ni contrarrestan la estacionalidad de las enfermedades, en este caso respiratorias. Esto muestra un problema profundo de diseño de RISS, y en el país son escasos los intentos de conformación, sólo la ciudad de Barranquilla ha mostrado esfuerzo de ello.

Ahora, al aplicar el análisis de flujo continuo para el funcionamiento total de las RISS en Colombia, se inicia con el primer nivel o la base de las RISS que es el modelo asistencial. Se tiene así una Red de atención u *operación* (ver Figura 2) integrada por agentes, recursos y servicios que fluyen e interactúan entre sí para velar por la salud de los habitantes. No obstante, este primer renglón de la Red presenta una serie de problemas de fondo que distorsionan su conformación. Entre ellos se encuentran los problemas de **recurso humano**, donde hay unas estructuras oligopólicas de control de formación de oferta por parte de las universidades. En **medicamentos y tecnologías** se encuentran los cuasi monopolios de la innovación y de la marca, los cuales no son mercados libres y deben ser regulados mediante mecanismos claramente establecidos.

Gráfica 3.2. Representación gráfica de los atributos esenciales de las RISS



Fuente: *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPS, 2010.*

Otros temas sensibles dentro del modelo asistencial son el déficit de más de 46,000² camas en el país, y la falta de oportunidad y calidad de las redes de atención primaria, que provocan la saturación de los servicios de alta complejidad, al pretender que estos atiendan sintomatologías de primer nivel. Esto está ligado al tema de **inversión de formación de oferta**. Punto central en la estructura de un sistema sano, pero que en Colombia no hay señales adecuadas para que se forme oferta en salud de acuerdo a las necesidades de la población. Por ejemplo, una red de trauma que debe estar disponible 24/7 no debe pagarse por evento, debe pagarse por disponibilidad y para ello deben existir los mecanismos sociales para hacer una estructura de pagos y esquemas de remuneración diferentes en pro de consolidar redes de atención primaria y de alta complejidad efectivas y eficientes.

En el mismo sentido, se encuentran dos puntos críticos en el modelo operacional. El primero es la **libre elección** de los prestadores y gestores de salud por parte de los usuarios, como tópico importante para resolver los problemas de atención y calidad de forma natural y que aporta a solucionar el segundo punto crítico que son las **barreras de acceso**, las cuales seguirán

permaneciendo ante la presencia de: integraciones verticales, ausencia de planeación en la oferta de servicios de salud y poca estructuración organizacional por parte de los prestadores y gestores (ej. ausencia de un sistema de información transversal). Éstos son aspectos fundamentales que provocan barreras de acceso a la entrada, al interior y a la salida por el lado de la oferta y que muestran la fragmentación del Sistema de Salud.

El segundo nivel (ver Figura 2), que sigue en la conformación de las RISS, es el encargado de la administración de la operación. Aquí se recaudan y se administran los recursos del sistema, ya sea por medio de fondos o de gestores. Estos, a su vez, son los que controlan y pagan los servicios de salud prestados por las (IPS). Además de lo anterior, este nivel tiene a su cargo el mecanismo solidario del sistema, el **aseguramiento**. Esta concepción supone que hay un incentivo fundamental en el que interviene el pagador, el asegurador y el usuario, sin embargo el asegurador está en la posición privilegiada de tomar este incentivo al hacer un buen papel reduciendo los indicadores de morbilidad o cambiarlo para lucro propio (aquí hay presencia de incentivos perversos).

Para ayudar a eliminar la presencia de incentivos perversos dentro del sistema, se debe crear una estrategia de **formación de precios** que sea clara

2 Cálculo de los autores, basados en el índice de Camas por habitantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

y precisa. Aunque algunos mercados no se pueden integrar a esta estrategia, como el de medicamentos y tecnologías, hay alternativas y metodologías de consolidación de tarifas, como las subastas holandesas, que dan señales adecuadas a la formación de oferta necesaria y al establecimiento de condiciones de negociación equitativa y razonable entre gestores y prestadores. No obstante, para ello se debe formalizar un mercado de **certificadores y habilitadores** que manejen criterios estructurados y unificados a lo largo de la nación. Igualmente, para que el nivel de control de las RISS, funcione adecuadamente y pueda cumplir de manera técnica e imparcial debe tener un **sistema de información único y transversal**, con una institución visible que responda por el cumplimiento de sus actividades.

En general, por teoría de diseño de sistemas viables, los dos últimos niveles (ver Figura 2) que ayudan a conformar una RISS son fundamentales y de obligatoria presencia. Dentro de un sistema no se deben obviar los sistemas de gestión de operación, de control, de

gobernanza, de planeación. Sin embargo, el sistema de Salud colombiano sigue muy tímido y pobre en consolidación de comisiones, consejos o unidades con capacidad de planeación, de estudio, de análisis, de generar licitaciones serias y por el otro lado con capacidad de regulación del sistema en donde halla capacidad de uso efectivo de los recursos.

En Conclusión, la situación que está viviendo el sistema de salud colombiano ha sido por la incapacidad de articular todas estas instancias mencionadas anteriormente y por la falta de claridad de lo que debe ser un sistema viable que opere adecuadamente con sus respectivos entes de control, gestión, planeación y rectoría. Esto es comprobado al evaluar los atributos esenciales de conformación de Redes que propone la OPS, donde en el ámbito de abordaje del modelo asistencial se está en un punto de evolución de una Red fragmentada a una Red parcialmente integrada, pero en el ámbito de gobernanza, estrategia, organización y gestión, el sistema se encuentra en situación profunda de fragmentación.

4. Discusión y conclusiones

Discusión en sesiones de panel e intervenciones del auditorio

A continuación se recogen los principales temas discutidos entre panelistas en la discusión final.

Primer panel: Aspectos Macro de la reforma

Moderador: Juan Guillermo Barrientos Gómez

Pregunta: ¿Es posible corregir, con el sistema y con la regulación actuales, las dificultades por las que pasa el modelo de aseguramiento en salud, o es necesario realizar cambios radicales?

Respuesta. Fernando Ruiz Gómez:

Se busca que esta reforma tenga el debate más amplio posible, tanto a nivel de necesidades de la población como a nivel técnico. Una reforma en salud implica, por ejemplo, cambiar el tema de los recursos de salud pública en la ley 715, lo cual trae consigo rigideces fuertes y, además implica cambiar el espíritu positivo de descentralización de los recursos y cargar con todos los temas negativos que pueda tener. Cambiar la descentralización, sería ir en contra de la Ley 438 con el Plan Decenal de Salud Pública y en contra de todo

el trabajo de más de 120.000 colombianos que han trabajado en este plan. A pesar de esto, no se está en contra del debate en salud pública, se busca también en este campo recoger, tomar e incluir aportes para llevarlos al ministerio y a partir de estos, poder construir un articulado para que sea el marco jurídico en el tema. En cuanto a los gestores, no se puede asumir la vestidura ética que los problemas son los gestores de salud, en Colombia hay signos preocupantes de inducción de demanda por parte de IPS, como el caso de procedimientos que muchas veces no son necesarios o que no tienen la indicación necesaria como para generar ánimo de lucro.

En cuanto a la discusión del ánimo de lucro, así la estructura de la mayor parte del sistema de prestación privado colombiano sea de naturaleza fundacional, esto no quiere decir que no exista lucro, otra cosa es su destinación. Lucro hay en toda la cadena del sistema, desde los proveedores de insumos y de medicamentos hasta los profesionales en el campo de la medicina, donde hay una gran descompensación en unos servicios

en comparación con otros y una gran desigualdad en el ingresos dentro de los profesionales de la medicina. Por tanto, se evidencia la necesidad de la competencia y se resalta la continuidad de la competencia regulada dentro del sistema desde que exista sector privado en él.

Respuesta. Juan Pablo Uribe Restrepo

Ideas concretas en cuanto a salud pública: (1) fortalecer los programas nacionales de salud pública sobre una agenda nacional con interés en este tema, rescatarlos; (2) persistir en el error de pasarlo a los gestores el dinero de promoción y prevención o el de salud pública, o de ponerlos con competencias que se cruzan con las de los entes territoriales en el desarrollo a nivel territorial o local; (3) a nivel práctico, si se tienen programas nacionales articulados en la reforma, deberían haber más intervenciones concretas que sean multisectoriales y que se puedan reflejar en la función del Ministerio de Salud y de Protección Social.

Frente a los gestores, el hecho de poseer un cargo o representar a una entidad en particular no restringe de hablar sobre la seguridad social, lo importante son los argumentos y la propuesta de revisar a cabalidad el tema y estar en un futuro tranquilos con él. Cabe resaltar diferencias: una cosa es el comprador inteligente, que todo sistema necesita, y otra cosa es el aseguramiento privado en la seguridad social sin regulación, que es lo que genera miedo.

Pregunta: ¿Son suficientes o deben generarse nuevos recursos para financiar transiciones como la demográfica, la epidemiológica y un Mi plan más integral?

Respuesta. Carlos Alberto Medina Durango:

El sistema va a necesitar muchos más recursos para hacer una reforma completa y no dejar algunos temas truncados; lo preocupante es la asimetría en la economía política de la reforma, ya que ahora se le entrega gran poder al sector público, Salud Mía crecerá a nivel nacional, el régimen subsidiado de las entidades territoriales y oferta pública hospitalaria. Esto es políticamente viable, por tanto no se debe correr en su aprobación y no dejarse llevar por el deseo, además, revisar el proceso y llegar al punto en el que estamos hoy no es nada fácil.

Pregunta: ¿Cuál sería la propuesta de participación de los diferentes actores y qué tipo de figuras podría ser, recuperar los anteriores o pensar uno nuevo?

Respuesta. Jairo Humberto Restrepo Zea:

El mensaje al gobierno es ser claro en lo que se está buscando, porque hay un problema grave de acceso, hay unos elementos que no están en el POS que se incluiría en Mi plan, y esto no es cierto. Hay que ser muy serios y muy responsables y mantener la idea de que como sociedad se tiene que llegar a un acuerdo de decir cuáles son los criterios a partir de los cuales se dice cuál es el plan y cómo el derecho hace su aporte, para poder tener una legislación y un cuerpo normativo claros que impidan que por otra vía se siga demandando lo que financiera y económicamente no es posible.

Es importante considerar que en la discusión que se está dando, la academia juega un rol fundamental desde todas las disciplinas, como el derecho y la economía; además, se debe plantear un sistema que se proyecte en el tiempo, en el cual exista un espacio formal para resolver los conflictos; la propuesta más simple es contar con un consejo nacional que reúna actores, evaluar la experiencia anterior del consejo y resolver la dicotomía entre la técnica y la política. A partir de allí, podría pensarse en consejos regionales en salud.

Segundo panel: Aspectos meso y micro de la reforma

Moderador: Jorge Hugo Barrientos Marín

Pregunta: ¿Cómo se puede recurrir a un sistema de subastas, para construir la oferta, en un sistema de salud en el que persisten problemas de agencia y donde no hay una regulación efectiva?

Respuesta. Diego Fernando Gómez Sánchez:

Se aprecia que los mecanismos de subastas inversas buscan romper estructuras, oligopolios o monopolios, y que abren una participación a todos aquellos calificados a participar en ellas. A diferencia de otros esquemas de subasta donde hay bienes homogéneos, en salud los bienes son diversos, precisamente por esto es importante que quienes participen tengan un proceso previo de habilitación. Es perfectamente posible hacer una subasta de un paquete de servicios básicos o de capitaciones, o una red que preste la atención necesaria; existe experiencia, tecnología y capacidad. Esto aplanaría el sistema, lo aclararía.

Respuesta. Mauricio Vélez Cadavid:

Si se da una mirada holística a las distintas propuestas, y se retoman, por ejemplo, asuntos de salud pública desde el ministerio, que verticaliza programas de ciertas atenciones como la hemofilia, se puede establecer una guía de atención, delimitar quiénes están habilitados para atenderlo y en dónde. Esto es lo que puede hacer el país a través de un proceso de negociación con los oferentes por medio de un mecanismo de subastas.

Respuesta. Juan Eduardo Guerrero Espinel:

En cuanto a este aspecto, la OMS establece varios mecanismos de precios, como son los fondos rotatorios, para insumos esenciales, vacunas y medicamentos a nivel internacional; los que están en estos esquemas colocan recursos en dicho fondo y este negocia precios y compras ampliadas, pero se garantiza la entrega a quienes lo necesita; entonces, es factible tener ese tipo de mecanismo para poder hacer una regulación de precios para algunos medicamentos y algunos puntos que se den. Es válido pensar en este tipo de propuesta, siempre y cuando se esté beneficiando en que hay algunos medicamentos a los cuales hay que bajarles el precio y que debe haber una negociación de tipo nacional con autorizaciones de las regiones para evitar que sea un fondo que se desvíe de su principal objetivo.

Pregunta: ¿Cómo se puede construir en el sistema de salud una demanda que sea más o menos confiable, para que pueda existir un mecanismo de subasta que pueda ser representativo de la oferta?

Respuesta. Juan Eduardo Guerrero Espinel:

Hay que recuperar la capacidad de predicción de la salud pública, lo cual se perdió con todas las EPS, incluso los estudios actuariales con la seguridad social. A partir de los métodos de la salud pública, se puede estimar la demanda y predecir a partir de ella los recursos necesarios por territorios.

Respuesta. Diego Fernando Gómez Sánchez:

Es una sorpresa que en el país casi nadie usa ni conoce el precio de mercado, lo cual es imperativo en ciertas atenciones, como ginecología, que está sub remunerada, dando lugar a cierre de servicios. Por tanto, es importante que sea el propio mercado que vaya formando esos precios y dando las señales adecuadas y cerrarían los precios dejando las cantidades a libre elección.

Respuesta. Mauricio Vélez Cadavid:

Si hay forma de prospectar la demanda de servicios en salud. Lo que es importante, y que la reforma no aborda, es que Colombia tiene que afrontar la discusión que toda su oferta de complejidad está basada en un modelo de pagos *fee for service* (pago por evento) y eso es fatal. En otras palabras, se tiene toda una estructura de oferta que está montada en cómo se factura por evento mas no como aliviar más rápido, y el pago por evento es un elemento muy inflacionario. En parte, la antipatía que se han ganado las EPS es porque la Ley 100 les da el atributo de luchar contra ese problema, lo cual las pone contra los prestadores de servicios, clínicas y demás. Por tanto, el pago por evento, como fruto de una discusión madura, se debería tratar de abolir, por esto se rescata que en la propuesta se presenten otros mecanismos como pago por resultados, que se espera sean más avanzados.

Pregunta: ¿Qué es, desde su experiencia, lo que más pueda afectar la estructura de incentivos que tienen hoy las EPS? A una empresa como SURA, que ha tenido un buen desempeño, ¿le convendría seguir en el mercado con la figura de gestor?

Respuesta. Mauricio Vélez Cadavid:

En las EPS se avizoran grupos. Por ejemplo, para Saludcoop se avizora que la reforma plantea la salida por la puerta grande, donde esta se transformará en una red prestadora de servicios de salud. Se avizora también, que la Nueva EPS se convertirá en gestor y probablemente recoja a Caprecom o a otros. Y habrá otros, si tienen características de inversionistas institucionales, empresas transadas en bolsa y con códigos de buen gobierno, que tal vez se orientarían más hacia planes complementarios. En otras palabras, los más grandes del régimen contributivo analizan si se transforman o no en Gestores o si dedican a otros negocios de aseguramiento en salud privados. La discusión esta es para dónde irán las subsidiadas.

Respuesta. Juan Eduardo Guerrero Espinel:

Se puede estar marchando a un fraccionamiento de la ciudadanía y eso es muy delicado. La propuesta de ley va en ese sentido, los gobernadores y secretarios de salud municipal que quiere manejar solo régimen subsidiado, los contributivos se sienten más o menos cómodos con lo que hacen, la posibilidad del trasteo de la UPC iría a facilitar más los regímenes suplementarios, y hay otro grupo de población que queda

en el Limbo. No se está pensado en el mediano y largo plazo, en este último se tiene que construir un sistema de salud en donde cualquier ciudadano tenga acceso a las redes de servicios que existan en la ciudades, y que este pueda tener la libre elección de moverse en esas redes y buscar la mejor calidad, la mejor oportunidad y el mejor profesional, y que además se pueda mover entre las redes (y no entre gestores) con suficiente información. En el mismo sentido, no se debe aceptar que se parta el sistema, en

distintos regímenes y fragmentando a la población, donde los pobres van a lo público que posee una oferta insuficiente y con problemas tecnológicos que no ha sido estimulada en los últimos 20 años, y los del contributivo disfrutan de las clínicas privadas que han crecido en los últimos años. Se necesita que los ciudadanos puedan transitar a través de todas las instituciones, ya que el crecimiento del sistema se ha dado principalmente por recursos públicos y por tanto es su derecho inherente en el sistema.

La vigencia del Pacto Social por la Salud en Colombia

Sergio Andrés Tobón Ospina

Este seminario generó la oportunidad de analizar diversos aspectos macro y microeconómicos del Proyecto de Ley 210 de 2013 mediante el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Abrir espacios de encuentros entre la academia, el sector público, lo privado y la sociedad civil, nunca dejará de ser relevante, más aún, en cuanto a construir consensos frente a la salud de todos los colombianos.

Desde el año 2009, el Centro de Pensamiento Social ha venido desarrollando una agenda en torno al sistema de salud como componente fundamental del sistema de protección social en Colombia. En ese momento, en un foro de carácter internacional que contó con el apoyo de diversas instituciones y la presencia de expertos en el tema, se analizaron las implicaciones de la Sentencia T-760 de 2008 en términos de la financiación, la prestación y la gobernabilidad del sistema. Desde ese entonces, y después de construir un documento de política fundamentado en aquellas discusiones, el Centro ha venido impulsando la necesidad de un pacto social por la salud como solución a los diversos problemas que se han identificado en el sistema.

El proyecto de Ley 210 de 2013 pretende redefinir el sistema en su forma y en su fondo, y supone un esfuerzo más en la consecución de un sistema que sepa, primero, garantizar el derecho a la salud de los colombianos; segundo, que reconozca la equidad como principio ético de acción de lo público y lo privado; y tercero, que reconcilie la existencia de necesidades ilimitadas con recursos escasos. Adicional a lo anterior, la discusión de la Ley Estatutaria

presupone la existencia de un marco más amplio (o con mayores obstáculos) para los impactos que el Proyecto de Ley quiere lograr.

Desde aquel evento del 2009 y aterrizando a este seminario académico, la situación no parece cambiar mucho. Las inquietudes por la sostenibilidad financiera, la arquitectura institucional del Sistema, la relación entre aseguradores y prestadores, el rol de las entidades territoriales, la prestación de los servicios, entre otros, fueron y son preocupaciones de todos los actores del sistema. Sin embargo, el contexto sí es diferente: la Ley 1438 de 2011 contiene algunos elementos, aunque no todos, que dan cuenta de los problemas anteriormente identificados, pero que debido a la falta de reglamentación no han podido solucionarse definitivamente.

Después de analizados estos elementos ¿qué lleva al Centro de Pensamiento a insistir en el pacto social? Son básicamente tres elementos: primero, la necesidad de llenar de contenido el derecho fundamental a la salud; segundo, la disyuntiva en el liderazgo entre las ramas del poder público; y tercero, los múltiples conflictos de interés de los actores involucrados.

En primer lugar, la Corte Constitucional, mediante la conocida Sentencia, se convirtió en la reguladora del Sistema General de Seguridad Social en Salud, llamándole la atención al Gobierno sobre las decisiones que debía tomar para garantizar el derecho fundamental a la salud consagrado en la Constitución. Sin embargo, reconociendo que las medidas que la Corte promovió han sido sanas y eran deudas que el gobierno hasta ese

momento no había subsanado con el sistema, el llamado de la Corte fue mucho más allá y es que el país debe dar la discusión sobre qué se entiende sobre el derecho fundamental a la salud, que no es lo mismo que tener acceso a una cantidad ilimitada de servicios y procedimientos médicos. Esta discusión, se dio en el marco de la Ley Estatutaria, pero no satisfizo las expectativas que sobre ella tenían diversos actores. En ese sentido, en un panorama de recursos escasos y en la búsqueda de construir un Estado Social de Derecho, una sociedad como la colombiana se enfrenta al conocido *trade-off* entre eficiencia y equidad; en otras palabras, en pos de garantizar la salud como derecho fundamental, el país debe regular a qué se tiene derecho y a qué no, de manera que la discusión no tenga como único punto el financiero.

En segundo lugar, se encuentra la falta de un liderazgo claro de las ramas del poder público. El Estado, que es el llamado a liderar el sistema, ha dejado en manos de la Corte Constitucional en unos casos, en el Senado de la República en otros, e incluso en los organismos de control, los diversos procesos de seguimiento, de evaluación, de vigilancia, de toma de decisiones, de generación de alertas. El sistema, al implicar a todos los colombianos, requiere un liderazgo que goce de legitimidad entre todos los actores, que permita unificar criterios y lenguajes, y que redunde en la construcción de consensos. No es posible que, dada la coyuntura actual, tantos actores estén hablando de soluciones tan diferentes y generen mayor confusión ante la opinión pública.

Por último, en el mismo sentido del argumento anterior, se encuentra la multiplicidad de actores e intereses involucrados en el sistema. La necesidad de un pacto social radica en que, se antepone ante todo el interés superior de la sociedad, en este caso, el derecho de los colombianos a tener buena salud, y en ningún

caso, a que se antepongan los intereses de los prestadores, aseguradores, e incluso, de los pagadores. Lo anterior, requiere un alto grado de legitimidad de los acuerdos, de la generación de confianza, y de espacios de entendimiento y de diálogo entre ellos mismos.

Es necesario valorar la valentía de este Gobierno de, dos años después de la Ley 1438, emprender un nuevo esfuerzo reformista sobre el sistema de salud. Sin embargo, hoy más que nunca el Centro sigue convencido de la necesidad de impulsar este pacto social. La discusión de un nuevo modelo de salud para el país no puede pasar por la defensa de intereses sectoriales, políticos o financieros. La prioridad es y debe ser asegurar y garantizar que todos los colombianos tengamos acceso, en condiciones de equidad y calidad, a la salud; priorizando la educación, los estilos de vida saludable, la promoción y prevención, antes que la atención de la enfermedad.

La construcción de ese pacto social requiere al menos dos acciones prioritarias. La primera, una discusión amplia, participativa, democrática y con argumentos, que ayude a recoger las posiciones, propuestas, anhelos de todos los involucrados que, al final, somos todos los colombianos. La segunda, y quizá la más difícil, es generar un acuerdo sobre los fundamentales del sistema que queremos. Esta tarea es la más difícil, en tanto requiere despojarse de intereses y priorizar el bienestar colectivo sobre el individual.

Sin lugar a dudas, la discusión del Proyecto de Ley 210, sumado a la Ley Estatutaria, es un escenario positivo para el país. Muchas de las reformas que se tocan en uno y otra van en la dirección correcta. Pero, mientras se defiendan los intereses propios de los actores del sistema, y no se avance en la defensa del interés general, cualquier discusión puede ser inane. El pacto social por la salud es una necesidad urgente y sentida.

Conclusiones sobre los principales aspectos económicos de la reforma

Jairo Humberto Restrepo Zea

1. Aunque hay acuerdo entre los analistas sobre la necesidad de una reforma, se requiere tiempo para consolidar una propuesta con una mirada de largo plazo, estratégica y en profundidad. La propuesta oficial es un punto de partida que debería admitir la discusión de alternativas y la simulación de escena-

rios. Es importante, además, considerar puntos de encuentro con otras iniciativas, principalmente la presentada por organizaciones de la sociedad civil reunidas bajo la alianza social por un nuevo modelo de salud y seguridad social, de modo que se avance en la construcción de un pacto social por la salud.

2. Mientras se construye una reforma sólida, el gobierno nacional puede actuar con herramientas a su alcance para incidir en el desempeño del sistema y proteger a los ciudadanos y a los recursos. Se mantiene el llamado a continuar con la implementación de la Ley 1438 de 2011.
3. Es importante darle fuerza a la salud pública y a la atención primaria en salud como componentes y principios fundamentales del sistema. El proyecto del gobierno plantea unas bases que conviene precisar y profundizar, asignando funciones a los entes territoriales y estableciendo obligaciones a prestadores y administradores para integrarse a las políticas de salud pública.
4. La liquidación de la Comisión de Regulación en Salud y el cierre del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud implican que no se tiene una instancia formal de participación o de concertación, así como de regulación autónoma, lo cual puede estar en el centro de la crisis de legitimidad por la que atraviesa el sistema. Es necesario considerar esta situación e incluir en una nueva ley temas de rectoría y gobernanza.
5. La reforma tributaria de 2012 trae serios interrogantes y retos sobre la financiación del sistema de salud, pues a partir de 2014 habrá un faltante en las finanzas del sistema y, si bien se obliga al gobierno a cubrirlo con el presupuesto general de la nación, en todo caso ello implica una presión fiscal que aumenta con la necesidad de garantizar la cobertura y la unificación de los planes. El país puede revertir esta decisión, o bien, plantear en un escenario de mediano y largo plazo el desmonte total de las cotizaciones.
6. La propuesta de Salud Mía resulta interesante para unificar las fuentes de recursos y para superar varias dificultades que se han presentado a lo largo de estas dos décadas en cuanto a flujo y manejo de recursos públicos. Sin embargo, se requiere un diseño institucional que garantice eficiencia y buen gobierno de una entidad que tendría un presupuesto y un volumen de información y de transacciones gigantescos.
7. La propuesta sobre plan de beneficios va en una buena dirección, al basarse en una lista de patologías y en la declaración de listas negativas o de exclusiones explícitas. Sin embargo, hay reparos sobre su denominación, Mi plan, pues se refiere a algo individualista. Debe mantenerse el nombre de plan obligatorio, pues va atado a la noción del derecho y al suministro de un bien preferente, cuyo consumo debe ser obligatorio y gratuito. En otro caso, podría hablarse más bien de Nuestro Plan, notando su carácter universal.
8. A propósito del plan de beneficios, se continúa llamando la atención sobre la necesidad de un diálogo social que permita ilustrar y admitir la complejidad de un proceso de priorización y generar mecanismos legítimos para acordar el plan de cobertura universal y los procedimientos para dar coberturas no incluidas en éste.
9. Frente a la transformación de las EPS en gestores de servicios, si bien se advierte que junto con la adopción de Salud Mía allí se encuentran los principales cambios propuestos por el gobierno, es necesario aclarar el rol que asumirían y la operación de los recursos. Si bien el sistema puede mejorar en eficiencia y es necesario revisar el esquema de incentivos que ha dado lugar a comportamientos perversos, estos no son exclusivos de las EPS y en tal sentido conviene una mirada integral y sistémica que ayude a evitar abusos, ineficiencias y perversiones de cualquier tipo de agente.
10. En sentido similar, la propuesta de redes integradas de servicios debe madurarse teniendo en cuenta asuntos de gobernanza, la gestión y la concepción primaria del sistema, así como considerando la financiación de ciertos servicios por su disponibilidad y de otros mediante pagos integrales de diagnóstico o de tratamiento. Cabe dejar claro el rol de las redes y cómo queda inserto en ellas cada prestador, así como si se llega a pensar en la desaparición de los gestores en la medida en que esta función podría asumirla Salud Mía con un esquema descentralizado.

Referencias

- Banco Mundial. Banco de datos. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/>
- Grupo de Economía de la Salud -GES- (2007). "Reforma a la regulación en salud en Colombia: del Consejo Nacional a la Comisión de Regulación". Observatorio de la Seguridad Social, No. 16. Medellín, diciembre.
- Gutiérrez, Catalina y Urrutia, Julián (2012). "Hacia un sistema de priorización en salud para Colombia". En: Bernal, Oscar y Gutiérrez, Catalina. *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. Bogotá, Universidad de los Andes.
- Harvard University School of Public Health. (1996). Report on Colombia health reform and proposed master implementation plan. Bogotá (mimeo).
- Hsiao, William (2010). "La economía y la reforma del sistema de salud colombiano". En: Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES). Primer congreso de ACOES: Los retos del sistema de salud y la economía. Memorias del Congreso, Bogotá, octubre 14 y 15 de 2008
- Ministerio de Hacienda (2013) "Ley de Presupuesto General de la Nación 2013: Hacia un Desempeño Eficaz del Estado".
- Restrepo N, Herrera I, Tobón J. (2008). "Independencia y autonomía de la Comisión de Regulación en Salud en Colombia: un análisis basado en la economía institucional y la teoría de la democracia". Monografía para optar al título de economista. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.
- Ruiz, F., & Uprimny, M., (2012). Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Ecoe Ediciones, Universidad Javeriana, Asocajas.
- Tafur, Luis Alberto (2013) "Problemas de Financiación del SGSSS, Propuestas del Proyecto de Ley Ordinaria 2013" Presentación. Recuperado de: http://174.121.34.189/~boletin/files/esss/PROBLEMAS_DE_FINANCIACION_DEL_SGSSS_Dr_Tafur.pdf
- Yepes, F. (1990). La salud en Colombia. Tomo II. Ministerio de Salud – DNP, Estudio Sectorial de Salud.

Observación académica:

Kenneth Arrow y la Economía de la Salud

Jairo Humberto Restrepo Zea



Yo tendría que describirme como un socialista, pero un socialista que cree firmemente en las bondades de los mercados (Arrow, 2009).

Kenneth Joseph Arrow es uno de los economistas más destacados en el último siglo por su contribución a la ciencia económica, tanto a nivel teórico como aplicado. Los aportes de Arrow trascienden las fronteras de la economía y también engrandecen el desarrollo científico de otras disciplinas como la política, la filosofía y las matemáticas. Con razón, Arrow ha sido reconocido por asociaciones como: la Asociación Americana de Economía, la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, la Sociedad Americana de Filosofía, la Academia Americana de las Artes y las Ciencias, la Sociedad de Econometría y la Asociación Americana de Estadística.

A sus 92 años, Arrow hace parte de una generación de economistas nacidos en las primeras décadas del siglo XX, que han alcanzado una larga vida y que estuvieron marcados por acontecimientos históricos ante los cuales ellos no fueron pasivos: la Gran Depresión de 1930 y la Segunda Guerra Mundial. Entre estos economistas, galardonados, como Arrow con el Premio Nobel, se encuentran: Ronald Coase (102 años), Douglass North (92), Lawrence Klein (92), Robert Solow (88), John Nash (84) y Gary Becker (82). También se destacan economistas fallecidos como

Milton Friedman, James Buchanan, Albert Hirschman y Paul Samuelson, de quien por cierto Arrow era pariente cercano.

Bachiller en ciencias sociales y magíster en matemáticas, Arrow participó en la Segunda Guerra Mundial como capitán de la fuerza aérea. De allí surgió su primera investigación sobre el uso óptimo de los vientos para la planeación de vuelos. Al terminar la Guerra, Arrow obtuvo su doctorado de economía en 1949 y muy pronto presentó los aportes intelectuales que habrán de inmortalizarlo: equilibrio general, teoría de la elección bajo incertidumbre y teorema de imposibilidad. Estos aportes, como los de los grandes músicos o artistas, fueron elaborados a una edad bastante joven, 30 años, y de hecho solo el último bastó para merecer el Premio Nobel de Economía en 1972, hasta ahora no recibido por otro economista a una menor edad, 51 años.

La teoría de la elección bajo situaciones de toma de riesgo (incertidumbre), se enmarca en un amplio conjunto de contribuciones sobre Economía del Bienestar, así que se reconocen las fallas del mercado para la asignación eficiente de los recursos y se fijan pautas para orientar la política pública frente a fenómenos como los problemas de información o el riesgo moral.

En este contexto, sin contar con trabajos previos sobre salud, Arrow produce una obra magistral con el impulso de la Fundación Ford. Se trata de su artículo “Uncertainty and the welfare economics of medical care” (“La incertidumbre y la economía del bienestar de la atención médica”), publicado en *American Economic Review* en 1963. Este artículo es identificado con el nacimiento de la Economía de la Salud (Saviedoff, 2004), uno de los artículos más citados en las últimas décadas por ser una referencia obligada para quienes incursionan en este campo pero además para consultar y discutir la aplicación de la teoría de la competencia perfecta.

En su artículo, que el propio autor denomina como “provisional y exploratorio, Arrow ofrece claridad sobre la distinción entre la industria de los servicios médicos y la salud, reconociendo que esta última se explica por varios factores y que por tanto el alcance de su trabajo y del

análisis de mercado se restringe a los servicios médicos. De este modo, Arrow inaugura además las dos visiones que se han dado sobre la relación entre economía y salud: una, al ver la salud como un componente del capital humano (macroeconomía y salud), y otra, al estudiar la salud como un sector económico y por tanto centrarse en los servicios de salud (microeconomía).

La pregunta que subyace al trabajo de Arrow se refiere a si en el caso de la salud se alcanza la eficiencia y el bienestar por la vía del mercado competitivo. El método empleado consiste en contrastar las condiciones teóricas para los dos teoremas fundamentales del bienestar con las características particulares que se presentan en el caso de la salud. De coincidir estas con aquellas, podría afirmarse entonces que el mercado es el mejor mecanismo para la asignación de recursos; de lo contrario, se abre el espacio para reconocer las fallas de mercado y plantear opciones de política.

El resultado de Arrow es contundente: el mercado no es un buen mecanismo para la asignación de recursos en el caso de la salud. Su tesis es que la incertidumbre es precisamente la causante principal de los problemas que enfrenta el mercado en este caso, presentándose además varias situaciones que advierten sobre la inexistencia de comerciabilidad y, más aún, del equilibrio competitivo. En otras palabras, no todo lo que conocemos en salud se puede transar en el mercado.

Ahora bien, aunque del trabajo de Arrow se colige la importancia de contar con mecanismos de no mercado, como él llama a la “acción colectiva o la coerción pura y simple”, igualmente queda claro que las instituciones sociales creadas aparentemente para subsanar los fallos del mercado y alcanzar la optimalidad, terminan poniendo obstáculos para este propósito. Un caso que menciona Arrow se refiere al comportamiento estratégico de los médicos, quienes están en contra de la regulación de tarifas pero ello es una excusa para protegerse ante la discriminación de precios que les permite maximizar sus ingresos.

Aunque cinco décadas después se han tenido muchos desarrollos en los sistemas de salud y el mercado cuenta con una gran participación en la provisión de servicios de salud y ofrece innovaciones de manera creciente, lo cierto es que el trabajo de Arrow mantiene su vigencia y siempre será reconocido como el origen de la Economía de la Salud, además de ofrecer una lección magistral sobre economía del bienestar. En una discusión, con ocasión de los 40 años del artículo, precisamente se reconocían los aportes a la teoría económica pero también la enorme

contribución de Arrow a la mirada institucional del sector salud (Hammer et al, 2001).

Referencias

- Arrow, K. (1963). “Uncertainty and the welfare economics of medical care.” *The American Economic Review*, LIII(5), 941-973.
- Arrow, K. (2009). “Some Developments in Economic Theory Since 1940: An Eyewitness Account”. *Annual Review of Economics*. (1): 1-16.
- Hammer, Peter Joseph; Haas-Wilson, Deborah; Sage, William M. (2001) “Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care: “Why Arrow? Why Now?” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 835-849.
- Savedoff, W. (2004). “Kenneth Arrow and the birth of health economics.” *Bulletin of the World Health Organization*. 82(2), 139-140.

THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW

VOLUME LIII

DECEMBER 1963

NUMBER 5

UNCERTAINTY AND THE WELFARE
ECONOMICS OF MEDICAL CARE

By KENNETH J. ARROW*

El trabajo de Arrow resulta ejemplar para responder cuestiones como las siguientes:

- ¿Cuál es el papel apropiado de los mercados en la prestación de servicios de salud?
- ¿Podemos basar el sistema de salud exclusivamente en lo privado?
- ¿Qué lugar debe reservarse para el gobierno o para el desarrollo de instituciones sociales como la confianza?
- ¿Estas instituciones de “no mercado” ayudan a superar la incertidumbre?
- ¿Cómo se define el límite adecuado entre mercado e instituciones de no-mercado?

Actualidades del GES

Investigaciones iniciadas

En abril y mayo de 2013 el GES inició dos investigaciones bajo la modalidad de convenios de cooperación con la Secretaría de Salud de Medellín:

- “Planteamiento teórico y aproximaciones empíricas sobre el concepto de Ciudad Saludable al caso de Medellín”.
- “Acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín: Propuesta para el monitoreo y la vigilancia”. Proyecto en asocio con el Grupo Recursos Estratégicos y Dinámicas Socioambientales del Instituto de Estudios Regionales de la Universidad de Antioquia.

El GES realiza el estudio económico del proyecto, financiado por Colciencias y el Ministerio de Salud y Protección Social, “Guía de atención integral basada en evidencia con evaluación de eficacia, efectividad y eficiencia, para el manejo de la detección temprana, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de distrofia muscular”.

Trabajos de grado aprobados, primer semestre 2013

“Stent medicado vs stent convencional para tratamiento de pacientes con síndrome coronario agudo en Colombia: análisis de costo efectividad y valor esperado de la información perfecta”. Estudiante: Mateo Ceballos, Programa de Economía. Asesora: Sara Atehortúa.

“Implicaciones financieras del proceso de unificación del plan obligatorio salud en Colombia, 2012”. Estudiantes: Laura Mathieu y Sara Mendoza. Programa de Administración en Salud de la Facultad de Salud Pública. Asesor: Jairo Humberto Restrepo.

“Determinantes del equilibrio financiero del régimen contributivo en salud para Colombia en el mediano y largo plazo: El proceso de compensación”. Estudiantes: Juan José Espinal y Luis Eduardo Herrera. Programa de Economía. Asesor: Jairo Humberto Restrepo.

Otras actividades e información de interés

El 12 de abril de 2013 el GES realizó la jornada académica “Evaluación económica en salud. Perspectivas de investigación”, en la que participaron profesores y estudiantes de la Universidad de Antioquia, y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).

Durante el primer semestre de 2013 se vincularon al GES, en la modalidad de estudiantes en formación, Camilo Liñán (Programa de Economía) y Carlos Andrés Vargas (Programa de Administración en Salud).

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:

Alberto Uribe Correa

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

Ramón Javier Mesa Callejas

Director del Centro de Investigaciones y Consultorías:

Juan Darío García Londoño

Coordinador del GES:

Jairo Humberto Restrepo Zea

Profesores:

Sara Catalina Atehortúa Becerra

Eliana Martínez Herrera

Olga Zapata Cortés

Otros profesionales:

Andrea Ruiz Molina

Sebastián Giraldo González

Estudiante de maestría:

Laura Sánchez Higueta

Jóvenes investigadores UdeA

Mateo Ceballos González

Diana Isabel Londoño Aguirre

Estudiantes en formación:

Esteban Orozco Ramírez

María Fernanda Mora Pantoja

Camilo Liñán Murillo

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo, María

Fernanda Mora Pantoja, Olga

Zapata Cortés, Camilo Liñán

Murillo y Esteban Orozco Ramírez

Diseño:

Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:

L. Vieco S.A.S.

E-mail: ges@udea.edu.co

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.

Esta edición del Observatorio fue financiada con recursos de la Estrategia de Sostenibilidad 2011-2012, aprobada por el Comité para el Desarrollo de la Investigación de la Universidad de Antioquia –CODI–.